

University of Groningen

Medische consumptie in de huisartspraktijk op Urk

Lege, Willem Adrianus de

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2002

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Lege, W. A. D. (2002). *Medische consumptie in de huisartspraktijk op Urk*. s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

2 Literatuurverkenning zorggebruik

2.1 Inleiding: doel en methode

Het doel van de literatuurverkenning in dit onderzoek is het verkrijgen van overzicht van en inzicht in

- methoden om de gezondheidstoestand van de Urker bevolking, de zorgvraag bij de huisarts en de daaruit voortkomende zorgconsumptie in kaart te brengen,
- de factoren, die invloed uitoefenen op de gezondheidstoestand, de zorgvraag en de zorgconsumptie, en het relatieve belang van die factoren,
- methoden om die factoren te meten,
- geschikte referentiestudies/ -cijfers.

Het onderzoek op Urk is een zorgconsumptie onderzoek. Zorgconsumptie (met verwijzen als een van de onderdelen) is sterk afhankelijk van cultuur en organisatie van de gezondheidszorg. Daarom zijn studies die zijn gericht op de Nederlandse situatie van belang voor dit onderzoek. Dit betekent dat vooral in de Nederlandstalige literatuur moest en moet worden gezocht. Uiteraard is de literatuurverzameling ook na de gegevensverzameling voor de veldstudie (najaar 1991) doorgegaan.

Als bronnen zijn gebruikt de tijdschriften Huisarts en Wetenschap, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, Medisch Contact en Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, over de periode van 1981 tot en met 2000, enige dissertaties gericht op dit onderwerp en diverse andere literatuur.

Gekeken is naar grote morbiditeitsstudies, bij voorkeur met aan die morbiditeit gerelateerde medische hulp (inclusief verwijzingen) door de huisarts. Deze kunnen naast referentiemateriaal tegelijk voorzien in meetinstrumenten om de situatie op Urk in ieder geval wat betreft zorgvraag en mogelijk ook wat betreft zorggebruik in kaart te brengen. Er is verder gezocht naar overzichten, vooral naar literatuurstudies over de vele publicaties over onderzoeken naar zorggebruik waarbij inbegrepen factoren die invloed hebben of kunnen hebben op het gebruik van medische zorg in de huisartspraktijk in het algemeen en op het verwijzen naar de specialist in het bijzonder.

De resultaten worden in de volgende paragraaf gepresenteerd. Eerst wordt aangegeven welke gegevensbronnen belangrijk zijn gebleken, daarna worden begrippen gedefinieerd, enige algemene opmerkingen over beïnvloedende factoren bij zorggebruik gemaakt en wordt een model van zorggebruik besproken. Vervolgens wordt aandacht besteed aan morbiditeitsstudies en tenslotte wordt de literatuur over beïnvloedende factoren bij zorggebruik besproken. De belangrijkste resultaten worden samengevat en bediscussieerd, waarna conclusies voor opzet en uitvoering van het onderzoek worden geformuleerd.

2.2 Resultaten

2.2.1 Belangrijke gegevensbronnen

Het in 1992 gepubliceerde boek 'Gezondheidszorg in Model' (Post en Vennix) blijkt een belangrijke bron van informatie. Het model van het proces van zorgconsumptie (stappen en beïnvloedende factoren) en het literatuuronderzoek dat hierin beschreven staat is gebruikt als basis voor de verdere literatuurstudie.

Van recenter datum is de literatuurstudie (Kleinmeulman, 1997), verricht in het kader van de voorbereidingen voor het rapport Zorgbehoefte en zorggebruik, deel 6 van de RIVM studie 'Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997'. Deze literatuurstudie maakt voor de literatuur van vóór 1992 gebruik van de literatuurlijst van 'Gezondheidszorg in Model' (1992) en van de overzichtsstudie van Sluijs en Dopheide (1985). De studie van Kleinmeulman is tenslotte grotendeels gebruikt als kapstok voor de beschrijving van de literatuur over factoren die van invloed kunnen zijn op het gebruik van medische zorg.

Engelsman en Geertsma behandelen in een bijlage van hun dissertatie 'De kwaliteit van verwijzingen' aan de hand van de literatuur de verklarende variabelen 'verwijsmotieven van de huisarts', 'opvattingen van huisarts en specialist over de wederzijdse taakafbakening' en 'verwachtingen van de patiënt over het gedrag van de artsen in de arts-patiëntrelatie'.

Verder vragen een tweetal review-artikelen over verwijzen de aandacht, geschreven door Van de Lisdonk en Schellevis (1994) respectievelijk door Grundmeijer e.a. (1996).

Ook de verschillende rapporten over de 'Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk' (Nivel) leveren veel nuttige gegevens op.

2.2.2 Begrippen, determinanten en modellen

Zorgbehoefte, zorgvraag, zorggebruik

In 'Zorgbehoefte en zorggebruik' (1997) stellen Post en Stokx in hun inleiding dat in de literatuur de relatie tussen gezondheidstoestand, zorgbehoefte en zorggebruik op veel manieren wordt weergegeven en dat deze begrippen in vele verschillende modellen en schema's zijn gevisualiseerd. Daarbij is een scala aan modifierende invloeden beschreven. Deze veelvormigheid hangt vooral samen met de specifieke onderzoekscontext, de zorgsectoren waarin ieder van de modellen is ontwikkeld en de verschillende theoretische benaderingswijzen om zorggebruik te verklaren.

De termen zorgbehoefte, zorgvraag en zorggebruik worden in de literatuur weinig eenduidig gehanteerd, aldus Post en Stokx. Dit komt onder andere doordat de operationalisatie van deze drie begrippen in wetenschappelijke termen noodgedwongen vaak moet gebeuren met behulp van gegevens over in de praktijk gerealiseerd zorggebruik, betrokken uit in eerste instantie voor andere doeleinden opgezette registraties, maar ook doordat zorggebruik 'tastbaar' is te maken, terwijl de term zorgbehoefte verwijst naar een inschatting op basis van normen en waarden. Zij hanteren de volgende definities.

Zorgbehoefte:

- Objectieve (of geobjectieerde) behoefte aan zorg volgens maatstaven van deskundigen; (defined/ normative) needs.
- Subjectieve behoefte aan zorg volgens de betrokkenen (patiënten/ cliënten/ consumenten); wants.

Zorgvraag:

- De geëxpliciteerde (uitgesproken) zorgbehoefte door de betrokkenen (patiënten/ cliënten/ consumenten); demands.

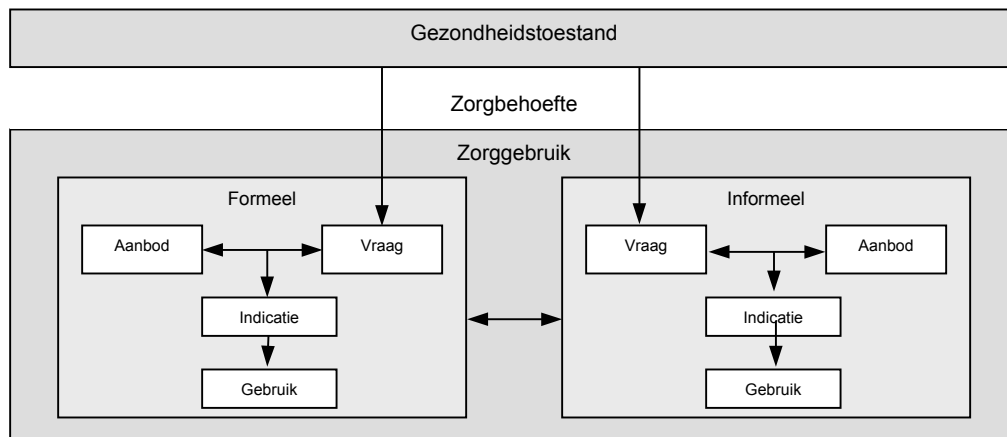
Zorggebruik:

- Het daadwerkelijk gebruik van zorg (interventies): de resultante van interactie tussen zorgvraag en zorgaanbod.

(Met objectief wordt niet bedoeld dat de behoefte werkelijkheidsgetrouw en eenduidig kan worden vastgesteld. De toevoeging wil slechts duidelijk maken dat beoordeling door een deskundige/ een professional plaatsvindt.)

Post en Stokx laten middels een eenvoudig, conceptueel model van zorggebruik de relaties tussen deze drie begrippen zien (figuur 2.1).

Figuur 2.1: conceptueel model VTV-1997. Uitwerking blok 'Zorggebruik'



Dit model laat zich als volgt lezen.

Vanuit een bepaalde gezondheidstoestand ontwikkelt zich bij een individu een bepaalde behoefte aan zorg. Deze persoon kan besluiten die behoefte te uiten als zorgvraag aan een zorgverlener in het informele of in het formele circuit. In beide circuits vindt een soortgelijk proces plaats; de zorgvraag wordt door de zorgverlener idealiter samen met de patiënt/ cliënt/ consument verhelderd. Uit de ontmoeting van zorgvraag en zorgaanbod komt een benoeming van het probleem naar voren, al dan niet in termen van een ziekte of aandoening, en een indicatie voor zorginterventie. Dit is reeds zorggebruik. De aldus vastgestelde behoefte ('objectieve' behoefte) leidt tot verder zorggebruik.

Een patiënt kan tegelijkertijd het proces voor één of meerdere aandoeningen bij meerdere zorgverleners doorlopen. De verschillende zorgcircuits zijn aan elkaar gerelateerd. Ze kunnen elkaar aanvullen (complementariteit), in elkaars verlengde liggen (supplementariteit) of elkaar vervangen (substitutie).

Determinanten van zorggebruik

Uit de beschrijving bij het model wordt al duidelijk dat stappen niet altijd en op dezelfde manier worden gezet. In de literatuur is een groot aantal factoren beschreven die invloed kunnen hebben op de weg van gezondheidstoestand naar zorggebruik. Deze factoren (determinanten van zorggebruik) kunnen worden gerangschikt naar een zestal verschillende benaderingswijzen, die worden gehanteerd bij de verklaring van zorggebruik (tabel 2-1)

Tabel 2-1

Benaderingswijzen ter verklaring van zorggebruik (VTV-1997)

Benaderingswijze	Toelichting
Sociaaldemografisch	Probeert zorggebruik hoofdzakelijk te verklaren vanuit persoonskenmerken (bijvoorbeeld leeftijd, geslacht, inkomen, huisvesting van degene die zorg ontvangt)
Financieel-economisch	Hierbij wordt de nadruk gelegd op de financieringswijze van zorgvoorzieningen en de verzekeringswijze van degene die zorg ontvangt
Sociaal-psychologisch	Hierin worden verschillende verklaringswijzen gerangschikt waarin individuele opvattingen en attitudes centraal staan (bijvoorbeeld ziektebeleving, klaaggedrag van de zorgontvanger; taakopvatting en persoonlijkheid van zorgverlener)
Sociaal-cultureel	Hieronder vallen de culturele en de netwerk- of interactionele benadering; hierbij gaat het om algemeen maatschappelijke waarden en normen en sociale factoren die zorggebruik beïnvloeden. Daarnaast gaat het ook om de mate van beschikbaarheid van zorg en steun uit de sociale omgeving
Geografisch	De nabijheid van voorzieningen is hierbij het uitgangspunt
Organisatorisch	De invloed van kenmerken van de hulpverleningsorganisatie op het zorggebruik staat hierbij centraal

In de meeste onderzoeken zijn factoren uit twee of meer benaderingen onderwerp van studie. Het meeste Nederlandse onderzoek naar de determinanten van zorggebruik is kwalitatief van aard en vooral gericht op een beperkt aantal determinanten, die een verklaring vormen voor het gerealiseerde zorggebruik. Vaak is wel aangetoond dat een factor invloed heeft, maar het relatieve belang op de zorgconsumptie is niet goed te bepalen (Kleinmeulman, 1997).

Beschrijvingen en verklaringen van determinanten op zorggebruik anders dan de gezondheidstoestand zijn in hoge mate afhankelijk van de gehanteerde benadering en de onderzoeksopzet. Als voor dezelfde determinant tegenstrijdige resultaten worden gevonden is naast de onderzoeksopzet ook vaak het verschil in definiëring of operationalisering van een determinant de oorzaak (Post en Stokx, 1997).

Voor dit onderzoek is van belang te weten welke factoren invloed (kunnen) hebben op de beslissing van iemand om medische zorg te vragen en op de beslissing van de zorgverlener (bijvoorbeeld de huisarts) om (welke) zorg te verlenen. Het gaat dus om beïnvloeding op twee verschillende trajecten. In tabel 2-2 zijn uit Nederlandse studies bekende determinanten van zorggebruik gerangschikt naar ‘traject van beïnvloeding’.

Tabel 2-2

Mogelijke determinanten van zorgconsumptie, naar traject van beïnvloeding (naar Kleinmeulman, 1997)

TRAJECT 'GEZONDHEIDSTOESTAND VIA SUBJECTIEVE ZORGBEHOEFTEN NAAR ZORGVRAAG':

factoren die de keuze van de 'zorgbehoefte' om wel of niet zorg te vragen beïnvloeden

Klacht	aard, ernst, duur
'Zorgbehoefte'	algemene gezondheidstoestand, sociaal demografische factoren (geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, huisvesting), opvattingen en kennis (over gezondheid en ziekte, zorg en zorgaanbieders), mogelijkheid (tijd en geld)
Extern	zorgaanbiedersfactoren (beschikbaarheid zowel geografisch als ingeschatte bereikbaarheid), maatschappij/ cultuur (opvattingen en kennis sociale omgeving, technologie, media), organisatie van zorg (bijv. naar huisarts, want 'poortwachter')

TRAJECT 'ZORGVRAAG NAAR ZORGGEBRUIK':

factoren die de keuze van de zorgaanbieder beïnvloeden:

Klacht	aard, ernst, duur
'Zorgvrager'	algemene gezondheidstoestand, sociaal demografische variabelen (geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, huisvesting, etc.), persoonlijkheid
Zorgaanbieder	taakopvatting, persoonlijkheid, demografische variabelen (leeftijd, geslacht)
Overige	beschikbaarheid van zorgmiddelen/ -aanbieder (afhankelijk van tijd, aantal (bedden, medicijnen, etc.) en afstand tot andere zorginstellingen), financiering van zorg(aanbieder), organisatie van zorg (kenmerken van de organisatie), maatschappij/ cultuur (bepaalde behandelmethoden, kwaliteitscontroles en jurisdisering), technologie

In de volgende paragrafen wordt vooral op de verschillende determinanten van zorggebruik verder ingegaan. Daarbij wordt het overzicht van Kleinmeulman (1997) grotendeels gevolgd. In paragraaf 2.2.4 worden de determinanten van het traject 'gezondheidstoestand naar zorgvraag' besproken, in paragraaf 2.2.5 de determinanten van het traject 'zorgvraag naar zorggebruik'. Verwijzen naar de specialist, één van de vormen van zorggebruik, staat in dit onderzoek centraal. Daarom worden de determinanten van het verwijsgedrag van de huisarts apart besproken in paragraaf 2.2.6.

Model van zorggebruik

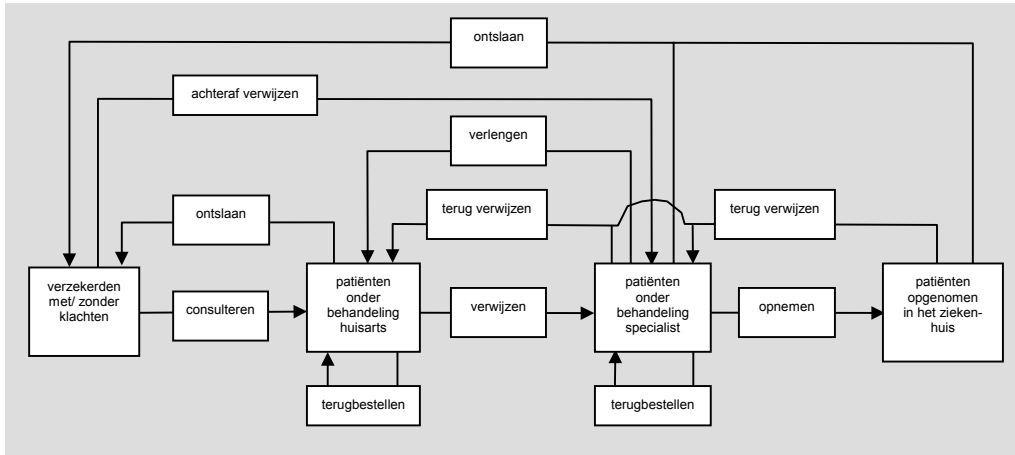
In veel Nederlandse onderzoeken is gebruik gemaakt van een model. Deze modellen zijn niet geschikt als verklaring van zorggebruik, maar wel als kapstok om de gedachten te ordenen.

In het boek Gezondheidszorg in model (Post en Vennix, 1992) beschrijven de auteurs (het bouwen van) een model waarin het traject dat de patiënt door de gezondheidszorg aflegt (kan afleggen) en al de factoren die op dit traject inwerken, met positieve en negatieve invloed. Een aantal genoemde factoren, de interacties tussen de factoren en het relatieve gewicht per factor zijn grotendeels gebaseerd op aannames van deskundigen. Het boek geeft een duidelijk overzicht van de literatuur over determinanten van zorggebruik tot 1992. Het model maakt zeer duidelijk hoe ingewikkeld het proces van zorgconsumptie is: alles lijkt van alles afhankelijk, het veranderen van een bepaalde factor kan op diverse plaatsen in het model verschillende, soms tegengestelde, effecten teweegbrengen. Het model is overzicht- en

inzichtgevend; het is niet voorspellend. Eén van de belangrijkste functies is de communicatie en het denken over het systeem van gezondheidszorg te verbeteren.
De basisuitvoering van dit model bevat een overzicht van het traject, dus zonder beïnvloedende factoren (figuur 2-2).

Figuur 2-2

Globaal model van patiëntenstromen tussen huisarts, specialist en ziekenhuis (Post en Vennix, 1992)



Kleinmeulman (1997) concludeert na afronding van zijn literatuuronderzoek: bij modellen moet rekening gehouden worden met het feit dat zorgconsumptie een proces is. Dat betekent dat afzonderlijke stappen afzonderlijk bestudeerd moeten worden. Veel onderzoek is verricht naar de determinanten die de verschillende trajecten tussen gezondheidstoestand en zorggebruik verklaren. Vooral op kwalitatief gebied is veel bekend, maar van kwantitatief onderzoek zijn de resultaten minder duidelijk. Het is belangrijk zich te realiseren dat een proces met zoveel factoren die onderling zeer verstrengeld zijn en op verschillende momenten een verschillende invloed kunnen hebben, misschien wel te complex is om in één keer te bestuderen.

De conclusies van Kleinmeulman kunnen dus uitgelegd worden als een kritische opmerking betreffende de houdbaarheid van 'aannames door deskundigen' wat betreft het relatieve belang van factoren, zoals in het model van Post en Vennix.

Voor dit literatuuronderzoek zal ik gebruik maken van het globale model van Post en Vennix (figuur 2-2), omdat het een eenvoudig en duidelijk overzicht geeft van de stappen in het proces van zorgconsumptie, op basis van de literatuur.

2.2.3 Morbiditeitstudies

Eén van de belangrijkste studies over het huisartsgeneeskundig handelen is de '*Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk*', uitgevoerd door het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijns gezondheidszorg (Nivel).

Het basisrapport van Foets en Van der Velden (1990) vermeldt dat de studie is opgezet vanuit het gebrek aan beleidsrelevante informatie over de huisarts in Nederland. Morbiditeitsstudies (soms met globale interventiegegevens) zijn voordien wel gedaan. De eerste studie is van Oliemans (1969), sindsdien worden op enkel plaatsen in Nederland in een beperkt aantal praktijken morbiditeitsgegevens (en soms globale interventiegegevens) verzameld, zoals in de Continue Morbiditeitsregistratie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (n=4) (Van de Hoogen e.a., 1985), het Monitoring Project (n=12, registratieduur 2 jaar) (Lamberts, 1984), het Registratienet Huisartspraktijken van de Rijksuniversiteit Limburg (n=11) (Hoppener e.a., 1990), en het Transitieproject van de Universiteit van Amsterdam (n=14; registratieduur minimaal 1 jaar) (Marinus, 1990). Door de selectie van deelnemende huisartspraktijken en de grote mate van interdoktervariatie zijn de resultaten niet generaliseerbaar naar de Nederlandse situatie. Bovendien bestond er nauwelijks koppeling tussen ziekten en verrichtingen. De uitgangspunten bij de opzet van de Nationale studie zijn:

- een landelijk en representatief registratieproject
- getrouwe weergave van gang van zaken in de huisartspraktijk (dus geen geselecteerde groep hooggemotiveerde huisartsen en zo min mogelijk inbreuk op de routines)
- voldoende variatie van de aanbodzijde om interdoktervariatie te kunnen bestuderen
- voldoende informatie aan de vraagzijde om determinanten van gezondheid en het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen te kunnen bepalen
- registratie van het arts-patiëntcontact vormt de kern. De registratie is episodegericht, waarbij een episode een reeks contacten is voor hetzelfde gezondheidsprobleem. De in het arts-patiëntcontact opgenomen gegevens over de hulpvraag (morbiditeit) en het hulpaanbod (verrichtingen) kunnen worden gerelateerd aan achtergrondgegevens van de huisarts en huisartspraktijk, aan achtergrondgegevens van patiënt en leefomgeving en aan 'overige delen van het gezondheidszorgsysteem' van zowel de huisarts (verwijzen, overleg) als van de patiënt (zorggebruik, meningen en opvattingen).

Aldus Foets en Van der Velden.

De gegevensverzameling heeft plaatsgevonden in 1987-1988.

De eerste rapporten verschenen in 1990 (meetinstrumenten en procedures). Een aantal basisrapporten is voor dit onderzoek van belang: gezondheid en gezondheidsgedrag in de populatie (1991), de huisartsenquête: schaalconstructie (1991), morbiditeit (1991), verrichtingen (1992).

Er is ook kritiek op de Nationale studie. De groep huisartsen in de steekproef bleek meer vrouwen, meer jonge huisartsen en minder solistisch werkende huisartsen te bevatten dan de totale groep Nederlandse huisartsen; hiervoor moesten de data gewogen worden om te kunnen generaliseren naar de totale Nederlandse bevolking. De registratieperiode van 3 maanden is eigenlijk te kort; incidentie en prevalentie worden in andere onderzoeken gemeten per jaar, verrichtingen en vervolcontacten bij chronische ziekten kunnen niet goed bestudeerd worden (Meyboom-de Jong, 1993). De toegepaste centrale codering en episodeconstructie geeft minder garantie op consistente codering dan gedacht en vermindert het inzicht in interdoktervariatie (terwijl inzicht juist een van de doelen van de studie is). De relatie tussen de vraag van de patiënt en de interventie wordt onvoldoende gelegd (want alleen door de diagnose); dit zal niet de juiste benadering blijken te zijn om klinisch belangrijke informatie over het verloop van de ziekte en over het huisartsgeneeskundig handelen te achterhalen (Hofmans-Okkes en Lamberts, 1994).

Bij de tweede Nationale studie (2000-2001) heeft het Nivel een andere werkwijze gekozen. Men heeft gebruik gemaakt van de praktijken van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen (LINH); in deze geautomatiseerde praktijken registreren de huisartsen en assistentes contacten gestructureerd (diagnosecodering, episodegewijs). De registratieperiode duurt één jaar.

2.2.4 Van gezondheidstoestand naar zorgvraag

Mensen hebben veel lichamelijke klachten, maar slechts een klein deel (ongeveer 10%) gaat naar huisarts. De huisarts ziet dagelijks ruim 1% van zijn praktijkpopulatie (Van der Ree e.a., 1992). De factoren die volgens Nederlands onderzoek de gang naar de dokter beïnvloeden worden hieronder weergegeven.

Factoren van de klacht/ ziekte

De (door de patiënt ervaren) urgentiegraad van de klacht heeft grote invloed. Mensen met meer (kleine) klachten (gemeten volgens een klachtenlijst, dus ook onder invloed van klaaggeneigdheid) blijken vaker naar de huisarts te gaan. Verder is gevonden dat er meer uitstel bestaat voor psychische klachten (Sluijs en Dopheide, 1985). Voor neurologische problemen gebruikt men bijna altijd zorg (0.9), terwijl cara een veel lagere ratio heeft (0.3) (Van der Velden, 1998). Dergelijke bevindingen geven aan dat de aard en de ernst van de klacht belangrijke factoren zijn. Maar over de noodzaak tot hulpvragen kunnen patiënten en artsen zeer verschillend denken.

Factoren van de patiënt

Algemene gezondheidstoestand

Hierbij valt te denken aan handicaps en chronische ziekten en dergelijke. Hoe slechter de patiënt zijn gezondheidstoestand ervaart, hoe groter zijn vraag is naar contact met de huisarts (Van der Zee, 1982).

Sociaal demografische variabelen

Sluijs en Dopheide (1985) vatten samen:

Vaker contact met de huisarts door *ouderen* (maar die hebben ook meer gezondheidsklachten), *vrouwen* (maar in de vruchtbare leeftijd wordt dat verklaard door anticonceptie etc.), *gescheiden* patiënten (maar die hebben ook meer gezondheidsklachten), mensen met *lage opleiding*, *lage Sociaal Economische Status*¹ (SES) en *lager inkomen* (maar mensen met een laag inkomen hebben vaak ook meer aandoeningen), WAO-ers.

Werkelozen hebben meer klachten, maar gaan minder vaak naar de huisarts.

Kinderen uit grote gezinnen en uit agrarische gezinnen gaan minder vaak naar de dokter

Meer uitstel van bezoek door vrouwen, hoger opgeleiden, plattelandsbevolking en mensen die ervaring met de klacht hebben.

Ouderen komen dan misschien vaker bij de huisarts, maar bij ouderen wordt ook onderrapportage van de hulpvraag gevonden (Kleijnen e.a., 1990).

Er blijven verschillen tussen de seksen in ervaren gezondheid en zorggebruik, ook na correctie voor verschillen in SES, leefsituatie en geslachtsgebonden aandoeningen (De Bakker e.a., 1992).

Bij een enquête onder 50-80-jarige ziekenfondsverzekerden bleek 17% van het zorggebruik (bezoek aan huisarts en/ of specialist in afgelopen 2 maanden, opname ziekenhuis afgelopen jaar) verklaard te worden door de subjectieve gezondheidstoestand, de leeftijd en het opleidingsniveau. Geslacht en samenlevingsvorm

¹ De variabele Sociaal Economische Status (SES) wordt verschillend geoperationaliseerd. Soms worden beroep, opleiding en inkomen gemeten, vaker alleen het soort beroep.

speelden nauwelijks een rol. Met de leeftijd stijgt de consumptie, maar dit heeft niet alleen met de subjectieve gezondheidstoestand en met chronische aandoeningen te maken. Aanbodfactoren moeten in toekomstig onderzoek worden meegenomen (Boelema e.a., 1994).

Ook andere factoren en relaties spelen een rol. Zo is er bij lage opleiding vaak een slechtere gezondheidstoestand, maar opleiding heeft ook invloed op waarden, opvattingen, verwachtingen van patiënten ten aanzien van de zorgconsumptie en daarmee op de consultatiefrequentie (Kooiker en Mootz, 1996).

Psychologische variabelen

Er bestaat een geringe samenhang tussen persoonlijkheidsfactoren en het bezoek aan de huisarts (Sluijs en Dopheide, 1985). Jongeren, mannen en weinig neurotische mensen bezoeken de huisarts minder vaak. Mensen met vage klachten en mensen met meer kans op psychische problemen bezoeken de huisarts vaker.

Opvattingen en kennis over gezondheid en ziekte, zorg en zorgaanbieders

Als de patiënt de arts goed kent, gaat hij vaker naar het spreekuur (Bergsma, 1980).

Opvattingen over ziekte en medische zorg zijn minder belangrijk dan de *attitude ten aanzien van de arts*. Vooral de ervaring van eigen ziek zijn en de tevredenheid met de eigen arts bepalen de contactfrequentie (Mootz, 1983).

Mensen die opgeven dat *gezondheid het belangrijkste* is in hun leven en zeggen daarnaar te leven, doen dat niet of nauwelijks, integendeel. Ze roken gemiddeld meer en schatten het risico lager in dan andere mensen. Ze leggen de verantwoordelijkheid voor een goede gezondheid bij de arts, maar maken toch niet meer gebruik van medische voorzieningen dan anderen (Kooiker en Mootz, 1996). Dus het belang dat men hecht aan een goede gezondheid lijkt minder verband te houden met het gebruik van gezondheidszorg dan vaak wordt gedacht.

Bij mensen die *niet naar de huisarts* gaan (langer dan 5 jaar), kunnen vijf typen worden onderscheiden: de onbezorgde, de ontkenner, de zelfredzame, de berustende, de uitsteller. Ze zijn trots op het feit dat geen arts nodig is. Hoe langer het contact met de huisarts geleden is, hoe moeilijker het wordt. Men zou kunnen zeggen dat deze mensen geleerd hebben zichzelf te redden en afgeleerd hebben om hulp te vragen (Beukema-Siebenga, 1997).

Informatiebehoefte is een belangrijke reden om naar de dokter te gaan (Kar, 1992; Stevens, 1995).

Daarbij willen patiënten *serieus genomen*, zij wensen openheid ten aanzien van de diagnose, het verloop van de ziekte, de voor- en nadelen van de therapie. Ze willen een eerlijke en open huisarts, die in begrijpelijke taal uitlegt wat er aan de hand is (Sixma e.a., 1994).

Uitleg en wijzen op de mogelijkheden van zelfhulp maakt de drempel daarna hoger (Post in Van der Maas e.a., 1995).

Onbekendheid met andere eerstelijnsvoorzieningen leidt tot meer contacten bij de huisarts.

Waarden, opvattingen en verwachtingen van patiënten zijn sterk afhankelijk van hun *opleiding*. Sociaal-economische verschillen blijven in hun gevolgen niet beperkt tot verschillen in gezondheid, maar omvatten tevens culturele verschillen die gezondheids- en ziektegedrag mede beïnvloeden (Kooiker en Mootz, 1996).

Verschillen in opvattingen tussen patiënt en arts over de ernst van de klacht en over de behandeling, net als toegenomen lekenkennis, mondigheid en assertiviteit kunnen problemen geven in de arts-patiënt relatie (Kooiker en Mootz, 1996).

De *werkstijl* van de huisarts heeft invloed: veel terugbestellen maakt de patiënt ongerust en werkt drempelverlagend voor nieuwe klachten (Mokkink, 1986).

Vertrouwen in de arts en heil verwachten van medisch ingrijpen is nodig voor hulp zoeken (Sluijs en Dopheide 1985). Mensen met hoge verwachtingen van medische zorg bij alledaagse aandoeningen gebruiken meer medicatie op recept, maar gaan niet vaker naar de dokter (Kooiker, 1996). Meer kennis kan ook leiden tot sneller raadplegen. Dit kan adequaat zijn bij ernstige ziekten, zoals hartinfarct (Bleeker e.a., 1993; 1995).

Eigen bijdragen, tijd (om naar de dokter te gaan)

Eigen betalingen (van voldoende omvang) leiden tot verminderd gebruik van medische zorg, ook van noodzakelijke zorg. Bij lagere inkomens kan dit laatste schadelijk zijn. Deze mensen zijn vaak toch al minder gezond en kunnen vanwege hun vaak lage opleidingsniveau de afweging soms ook moeilijker maken (opleiding) (Mootz, 1992). Eigen bijdragen beïnvloeden alleen de initiële beslissing om al dan niet naar de dokter te gaan (Wedig, 1988). Tijdgebrek werkt drempelverhogend bij de gang naar de dokter (Janssen, 1989).

Externe factoren

Zorgaanbieders

Er bestaat geen verband tussen reistijd/ afstand, wijze van vervoer en huisartsbezoek (Sluijs en Dopheide, 1985).

Maatschappij/ cultuur

De sociale omgeving is van belang: bij slechte integratie zijn er vaak meer klachten en wordt er eerder gevraagd om (informele) hulp. Maar meer verleende informele hulp betekent niet dat minder zorggebruik plaatsvindt (Sluijs en Dopheide, 1985).

De invloed van anderen ('normatief systeem') is belangrijk. In dit verband maakt het niet uit of men lid is van een kerk, maar wel of men een gezin/ kinderen heeft; het aantal kinderen is echter niet belangrijk (Bergsma 1980).

Per cultuur bestaan grote verschillen in zorgvraag voor 'objectief dezelfde klachten' (Payer, 1989; 1990). De invloed van de media is groot, maar toch geringer dan verwacht (Elie, 1995). Huisartsen oordelen zelf sterk negatief over het effect dat berichtgeving in de media op patiënten zouden hebben.

Organisatie van de zorg

Wat betreft contactfrequentie zijn er geen verschillen tussen associatie- of solopraktijken, ook de praktijkgrootte is niet van belang. Wel stellen patiënten bezoek vaker uit als de praktijk geen afspraakspreekuur heeft (Sluijs en Dopheide, 1985).

In Engeland hebben groepspraktijken echter minder contacten bij relatief gezonde mensen dan solopraktijken (door strakkere regels?).

Conclusie

Post en Vennix (1992) komen in hun samenvatting tot een rij beïnvloedende factoren, in afnemend belang:

Mate van ongerustheid van de patiënt, ernst van de klacht, duur van de klacht, drempel om de huisarts te bezoeken, invloed van anderen, kennis/ informatie, legitimering van ziekte, ervaren hinder, noodzaak tot acceptatie van de ziekterol, verwachte baten van het onderzoek.

Kleinmeulman (1997) concludeert echter: veel factoren spelen een rol, maar het relatief belang is onduidelijk. Factoren hebben veel onderlinge relaties en dat leidt tot een complex en nauwelijks voorspelbaar geheel.

En Verhaak (1992) komt in zijn literatuuroverzicht over consultatiegedrag tot de slotsom dat er geen eenduidige relatie bestaat tussen ziek-zijn, vragen om hulp en ziektegevoel.

2.2.5 Van zorgvraag naar zorggebruik

Als de patiënt de zorgvraag eenmaal bij de huisarts heeft neergelegd, dan bepalen vooral factoren buiten de patiënt het zorggebruik. Hierbij speelt de huisarts een zeer belangrijke rol.

Factoren van de klacht/ ziekte

De aard en de (gepercipieerde) ernst van de klacht zijn zeer belangrijk bij de vraag welke zorg de huisarts gaat verlenen. Het stellen van de diagnose, het inschatten van de ernst van de klacht en de beoordeling welke behandeling passend is moet echter door diezelfde huisarts gebeuren. Daarbij is het belangrijk dat de huisarts de ware aard van de problematiek onderkent. Dit blijkt niet altijd het geval; 70% van de patiënten met psychische problemen wordt ‘ontdekt’ (Bensing en Verhaak, 1994). Tussen huisartsen bestaan soms grote verschillen wat betreft diagnosestelling (zie paragraaf 2.2.7).

Bij de beoordeling welke behandeling moet worden ingesteld spelen veel factoren een rol.

Patiëntgebonden factoren

Algemene gezondheidstoestand

De gezondheidstoestand buiten de specifieke klacht speelt een rol (comorbiditeit).

Sociaal demografische variabelen

Ouderen, vooral boven de 50 jaar, en mensen met lage opleiding, lage SES en laag inkomen gebruiken meer medicatie op recept. Ouderen worden vaker terugbesteld. (Sluijs en Dopheide, 1985; Post en Vennix, 1992).

Vrouwen en hoger opgeleiden hebben wat langere consulten, met meer kans op een gesprek en op voorlichting; laag opgeleiden en allochtonen hebben meer kans op een recept. Maar het gedrag van de huisarts en het type patiënt zijn onafhankelijk van elkaar (Kooiker en Mootz, 1996). Bij hoger opgeleiden vraagt de huisarts vaker diagnostiek aan bij hoesten, rugklachten, buikpijn en hoofdpijn (Van der Velden, 1998).

Het effect van de verzekeringsvorm is niet meer belangrijk als de patiënt eenmaal in het zorgcircuit is (Delnoij, 1997).

Persoonlijkheid

Somatiserende patiënten praten meer en proberen het gesprek in de door hen gewenste richting te sturen. Ook gesprekken van vrouwelijke patiënten duren langer; zij presenteren meer klachten en refereren vaker aan verhalen uit hun dagelijkse leefwereld (Meeuwesen e.a. 1991).

Presentatie kan een rol spelen, soms is deze doorslaggevend. Toenemende mondigheid en eisend gedrag zijn een factor bij de toename van de zorgconsumptie. Om de patiënt gerust te stellen of om van het gezeur af te zijn, verleent de huisarts dan zorg. Ook om niet te worden beschuldigd van nalatigheid.

Huisartsfactoren

Demografische variabelen

Mogelijk zijn vrouwelijke artsen minder directief, meer patiënt gericht en hebben ze meer oog voor psychosociale problematiek, zo blijkt uit een beperkt onderzoek (Meeuwesen e.a. 1991). Verschillen in behandeling zijn klein en beperkt tot het verbale deel van het consult, volgens Van den Brink-Muinen e.a. (1994). Vrouwelijke artsen zijn inhoudelijk en relationeel beter dan mannelijke in staat aansluiting te vinden bij het perspectief van de vrouwelijke patiënt. Vrouwen willen worden gehoord en willen het probleem delen met iemand (mannen rapporteren en denken in oplossingen). Perceptie en betekenisgeving worden door vrouwelijke artsen meer op waarde geschat en bij hen is het risico minder groot dat achtergronden (fysiek en seksueel geweld) niet worden herkend en dat fysiologie als pathologie wordt bestempeld, zoals bij alledaagse klachten bij vrouwen (Lagro-Janssen, 1997).

Taakopvatting, werkwijze en persoonlijkheid

De 'objectieve zorgbehoefte' (dus beoordeeld door de huisarts!) en de beslissing wat te doen spelen een grote rol bij zorggebruik. Het oordeel van de huisarts staat onder invloed van taakopvatting, onzekerheid en andere factoren van de zorgverlener, maar ook van maatschappelijke factoren (zoals sociaal economisch status (SES), mogelijkheid van overleg/ onderhandelen met de huisarts, druk vanuit de werkgever). Er bestaat dan ook een grote variatie tussen huisartsen in behandeling bij dezelfde morbiditeit (Groenewegen e.a., 1992; Post en Vennix, 1992).

Taakopvatting en werkstijl van de huisarts hebben invloed op het takenpakket en dus op het zorggebruik (Post en Vennix, 1992). De *werkwijze* is een belangrijke determinant en wordt door veel structurele en persoonlijke kenmerken beïnvloed (Sluijs en Dopheide, 1985). *Structurele kenmerken* zijn: praktijkgrootte, beschikbare tijd, praktijkvorm, demografische kenmerken van praktijkpopulatie, verhouding ziekenfonds-/ particulier verzekerden, gemiddeld aantal patiënten per uur, urbanisatiegraad, afstand tot het ziekenhuis, aanwezigheid van andere gezondheidszorgvoorzieningen.

Persoonlijke kenmerken zijn: taakopvatting van de huisarts, leeftijd van de huisarts en/ of aantal jaren ervaring, bereidheid tot samenwerking met andere hulpverleners, competentie (gevoelens) van de huisarts, kunnen omgaan met onzekerheden.

Een andere belangrijke determinant is de *werkstijl* van de huisarts. Grote verschillen tussen huisartsen wat betreft voorschrijven en verwijzen hebben vooral te maken met de wijze waarop huisartsen reageren op alledaagse aandoeningen (vaak niet ernstig en self-limiting). En deze vormen de overgrote meerderheid van de klachten waarvoor mensen de hulp van de huisarts inroepen. Luisteren, openstaan en uitleg geven zijn voorwaarden voor een adequate medische aanpak. Doelgerichte arts-patiënt communicatie vormt de basis van de 'geïntegreerde' werkstijl. Deze werkstijl (met terughoudend verwijs- en aspecifiek voorschrijfbeleid) blijkt niet ten koste te gaan van de gezondheidstoestand of van de mate van tevredenheid van patiënten. De patiënten van huisartsen met deze werkstijl ervaren, in vergelijking met de patiënten van huisartsen met een andere werkstijl, minder klachten, voelen zich gezonder en hebben meer vertrouwen in de eigen mogelijkheden om zelf alledaagse klachten en problemen op te lossen. Verder roepen ze minder vaak de hulp van de huisarts in (Mokkink, 1986).

Van Eijk (1989) haakt hierop in door op te merken dat huisartsen meer tijd en energie moeten gaan reserveren voor de belangrijke en groeiende groep chronische patiënten. Dit kan alleen als minder tijd en energie aan alledaagse klachten en aandoeningen wordt besteed. Voor het ontwikkelen van een adequate werkstijl (een soepele en tegelijk terughoudende opstelling bij deze klachten) zijn gedegen kennis van het natuurlijk beloop en duidelijke criteria ten aanzien van het nut van medische hulp nodig.

Traditionele huisartsen hebben een smaller takenpakket en schrijven sneller medicatie voor, moderne huisartsen hebben een meer democratische houding, zijn meer informierend, rekenen ook psychosociale klachten tot hun terrein, zijn wat jonger en werken vaker in een gezondheidscentrum (Kooiker en Mootz, 1996).

Er bestaan geen grote verschillen in 'voorschrijfcompetentie' tussen huisartsen (Foets e.a. 1994). De indicatiestelling is globaal in overeenstemming met het farmacotherapeutisch kompas (Foets en Stokx, 1993). De huisarts vraagt niet vaak beeldvormende diagnostiek aan, maar als hij het doet, dan doet hij dat gericht (Kluijt e.a. 1992). Bloedonderzoek wordt vaak bij vage klachten aangevraagd. Onzekerheid speelt een rol bij het aanvragen van laboratoriumonderzoek (Zaat e.a. 1992).

Er bestaan grote verschillen tussen huisartsen voor wat betreft het voorschrijven van homeopathische medicijnen (Foets en Visser, 1993).

Structuurgebonden factoren

Praktijkfactoren

Grootte, vorm en organisatie van de praktijk bepalen mede het aantal herhaalcontacten, er zijn meer contacten bij solopraktijken. De drukte in de praktijk speelt ook een rol; het is vaak eigengemaakte drukte door terugbestellen (Post, 1985).

De grootte van de praktijk is minder belangrijk bij inhoud en kwaliteit van de hulpverlening dan de taakopvatting (Boots en Van Zutphen, 1981). Hoe groter de praktijk, hoe korter het consult (Groenewegen en Hutten, 1994).

Het delegeren van taken aan de assistente levert tijdwinst voor de huisarts, een betere praktijkvoering en een kwaliteitsverbetering van de zorg op. Voorwaarden voor delegatie zijn motivatie van huisarts en assistente, geschiktheid van de assistente, aandacht voor praktijkvoering, de beschikbaarheid van voldoende praktijkruimte en instemming van de patiënten (de Haan, 1986). In een groepspraktijk of gezondheidscentrum wordt 2 tot 3 maal zoveel patiëntgebonden werk door praktijkassistenten verricht (Nijland e.a., 1991, 1). Assistentes verrichten gemiddeld meer taken in praktijken met een eigen behandelkamer. In apotheekhoudende praktijken, solopraktijken en praktijken op het platteland verricht de assistente gemiddeld minder taken. In deze situatie is de laatste tijd geen verandering gekomen (Van den Hombergh e.a., 1997). Dit kan effect hebben op de druk op de huisarts en op de zorg die wordt verleend.

Meer gebruik maken van de telefoon kan ook tijdwinst, een betere praktijkvoering en kwaliteitsverbetering opleveren. Starreveld (1983) ervoer het vrije telefonische spreekuur als een steeds zwaarder wordende belasting en voerde later (1987) in zijn praktijk het telefonische afspraakspreekuur in, waardoor de bereikbaarheidsproblemen werden opgelost, betere adviezen mogelijk werden en de flexibiliteit van de praktijkorganisatie werd verhoogd. Sietsma (1987) onderzocht de opvattingen van huisartsen en patiënten betreffende het gebruik van de telefoon in de huisartspraktijk, waarbij hij onder andere tot de opmerkelijke vaststelling kwam dat patiënten meer noodzaak in goede mogelijkheden tot telefonisch overleg met hun huisarts zien dan de huisartsen met hun patiënten. In een commentaar op het proefschrift van Sietsma benadrukte Starreveld (1987) enige sterke punten van de telefonische

consultatie, zoals het op elk moment contact kunnen leggen met de ander, het intensieve persoonlijke luistercontact en de gelijkwaardigheid als een ieder vanuit zijn eigen omgeving telefonisch communiceert.

Beschikbaarheid van de zorgmiddelen

Het aanbod van ziekenhuiszorg kan een rol spelen. Huisartsen op het platteland behandelen meer zelf, dan dat ze verwijzen (Kruidenier, 1977).

In de Nationale studie is de invloed van de factor 'regio in Nederland' (noord, midden en zuid) op de frequentie van contacten en verrichtingen geanalyseerd. De meeste spreekuurcontacten en visites werden in het zuiden gevonden, de minste spreekuurcontacten in het noorden van het land. In het noorden wordt vaker diagnostiek in eigen praktijk verricht en wordt minder vaak verwezen naar de fysiotherapeuten; in het zuiden wordt vaker verwezen naar 'beschouwende' specialismen, in het noorden minder vaak (Groenewegen e.a., 1992).

Financiering van de huisarts

Vaak wordt gedacht dat de wijze van financiering effect zal hebben op de handelwijze van de huisarts (Sluijs en Dopheide, 1985). Maar huisartsen behandelen in eerste instantie in het belang van de patiënt. Het geïmplementeerde gezondheidsprobleem, leeftijd en geslacht van de patiënt bepalen het handelen van de huisarts; werkbelasting en honoreringssysteem spelen vaak in tweede instantie een rol: vooral als de patiënt en het gezondheidsprobleem dit toelaten (Hutten, 1998).

Organisatie van de zorg

Ongeveer 75% van de medicatie in ons land wordt voorgeschreven door huisartsen. Bij ruim 30% van alle voorschriften gaat het om herhaalreceptuur (voortzetting van medicamenteuze therapie zonder direct arts-patientcontact); hierbij is veel door de specialist geïnitieerde receptuur. Vooral ouderen krijgen hun medicatie via een herhaalrecept. Meestal gaat het om psychofarmaca en cardiovasculaire middelen. De assistente speelt de hoofdrol bij het afhandelen van de herhaalreceptuur; zij is - in tegenstelling tot veel huisartsen - meestal behoorlijk op de hoogte van de reden van gebruik, therapietrouw en regelmaat van controle. Het herhaalsysteem werkt tijdsbesparend voor arts en patiënt, maar heeft als nadelen: minder controle op indicatie en gebruik, grotere kans op interacties en op het niet opmerken van bijwerkingen, fouten in de recepten (vaak telefonische aanvraag), overprescriptie, bevorderen van langdurige medicatie. Een aanzienlijk deel van de voorgeschreven medicatie lijkt zonder problemen gestaakt te kunnen worden. De nadelen zijn deels het gevolg van gebrekkige registratie; bij een enquête (Dijkers, 1992, 1) bleek dat in meer dan de helft van de praktijken geen afzonderlijke registratie bestaat en dat in een kwart van de praktijken herhaalrecepten ook niet worden genoteerd in de medische registratie. Automatisering en aandacht voor de rol van de assistente (protocollen) kunnen hierin verbetering brengen (Dijkers, 1992,2). Rationeel voorschrijven en adequate medicatiebewaking worden bemoeilijkt door het hoge percentage 'indirecte herhaalreceptuur' en het aandeel van de specialistenreceptuur (Van der Ree e.a., 1993). Maar regelgeving, in de vorm van een combinatie van 'alleen op indicatie voorschrijven' en 'schriftelijke machtiging' gaf kostendaling en kwaliteitsverbetering, zo bleek in een onderzoek naar het voorschrijven van mucolytica (Kuit en Post, 1995).

Maatschappij/ cultuur

Naar de invloed van defensief handelen en medicalisering op huisartszorg is weinig (Nederlands) onderzoek gedaan. Van *defensief handelen* is sprake als angst voor verwijten van de patiënt de huisarts ertoe brengt diagnostiek of therapie te verrichten of achterwege te laten, in strijd met zijn

huisartsgeneeskundige opvattingen (Grundmeijer, 1994). Bij ruim een kwart van de aanvragen van huisartsen om aanvullend onderzoek wordt defensief gehandeld, bij 5 tot 10% van de aanvragen is sprake van uitgesproken defensief gedrag (Van Boven e.a., 1994). Defensief handelen komt het meest voor bij beeldvormend onderzoek (35%) en bij bloedonderzoek (35%). Huisartsen melden dat het 'op verzoek' of 'ter geruststelling' van de patiënt gebeurt (Van Boven en Dijksterhuis, 1993).

Medicalisering is een proces waarbij steeds nieuwe levensdimensies in medische categorieën gedefinieerd worden en onder de bevoegdheid van medici vallen (Rolies, 1991). Een duidelijk Nederlands voorbeeld is de medicalisering van het geboorteprocess, zich onder andere uitend in een teruglopend aantal thuisbevallingen. Er is geen sprake van door verloskundig actieve huisartsen en verloskundigen geïnduceerde zorgvraag (zij propageren juist de thuisbevalling). De plaats om te bevallen wordt vooral gekozen op basis van het vertrouwen van de zwangere en haar omgeving in ziekenhuis- of thuisbevallingen (Wiegers en Berghs, 1994).

Zowel defensief handelen als medicalisering zijn moeilijk te operationaliseren. Kwantitatieve gegevens ontbreken nagenoeg.

Conclusie

Tallose factoren beïnvloeden de 'objectieve' behoefte beoordeling van de huisarts. Kenmerken van de klacht en de taakopvatting en werkwijze van de huisarts spelen een belangrijke rol. Het zorggebruik is hiervan het uitvloeisel. Het is niet eenvoudig de invloed per factor te kwantificeren.

Post en Vennix (1992) doen een poging hiertoe. Zij vinden bij het *voorschrijven van medicatie* de volgende factoren het belangrijkste: taakopvatting, gespreksvaardigheid van de huisarts, kostenbewustzijn van de huisarts, onzekerheid van de huisarts en drukte op het spreekuur.

Zij achten bij *terugbestellen* het meest van belang: onzekerheid van de huisarts, taakopvatting van de huisarts, drukte op het spreekuur, leeftijd van de patiënt en aard van de klacht.

In de volgende paragraaf komt het verwijzen naar de specialist uitgebreid aan bod.

2.2.6 Verwijsgedrag huisarts

Inleiding

Van alle huisartscontacten eindigt 6% met een verwijzing naar de specialist (Groenewegen e.a., 1992).

Patiënten in de stad staan in vergelijking met patiënten op het platteland vaker onder controle van de specialist (Van der Ree e.a., 1992).

De factoren die volgens onderzoek van invloed zijn op verwijzing naar de specialist worden hieronder weergegeven. Tenslotte wordt ingegaan op het handelen van de huisarts en de kwaliteit van de verwijzingen.

Factoren van de klacht/ ziekte

De aard van de klacht bepaalt hoofdzakelijk de noodzaak tot verwijzen. Functionele klachten leiden nogal eens tot verwijzingen (Van der Zee, 1982). Chronische ziekten (Voorn, 1983) en psychosociale problematiek (Lagro-Jansen, 1987) genereren veel verwijzingen. Als de huisarts psychosociale problematiek als zodanig

herkent, is hij minder geneigd te verwijzen naar een somatisch specialist (Post en Vennix, 1992). Klinische redenen spelen bij circa 60% van de verwijzingen een belangrijke rol (Engelsman en Geertsma, 1994).

Patiëntgebonden factoren

Demografische factoren

Post (In Post en Vennix, 1992) wijst op de multipathologie, de meer ernstige afwijkingen, de vaak onduidelijke maar serieuze klachten en het veranderde morbiditeitspatroon bij ouderen als verklaring voor het hoge aantal verwijzingen bij ouderen. Hoe hoger de gemiddelde leeftijd in een praktijk, hoe meer verwijzingskaarten (Kruidenier, 1977). Dit geldt niet voor alle specialismen even sterk (Dopheide, 1982). Met de leeftijd stijgt de kans op chronische ziekten.

Ziektenfondsverzekerden hebben in het algemeen een slechtere gezondheid (25-30% meer ziekten) en daarmee een hogere consumptie wat betreft 'eerste consulten', opnamen en ligduur (Van de Ven, 1982) en een (1.5 x) hoger verwijzingscijfer (Dopheide, 1982) dan particulier verzekerden. Het hogere zorggebruik van ziekenfondsverzekerden heeft niet te maken met de verzekeringsvorm, maar met sociale status, inkomen en gezondheidstoestand (Mootz, 1983). Particuliere verzekeringsmaatschappijen verzekeren vooral relatief gezonde mensen (Mootz, 1984).

Als echter wordt gecorrigeerd voor leeftijd en gezondheidstoestand blijft er volgens Sluijs en Dopheide (1985) nog een duidelijk verschil over (15-30% meer verwijzingen).

Leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm zijn belangrijke factoren bij verwijzen (Sluijs en Dopheide, 1985).

Druk om verwezen te worden

De patiënt oefent vaak sterke druk uit om verwezen te worden (Krol, 1985; Sixma, 1986). Volgens Lems (1985) is de huisarts niet meer dan een verwijzingsbureau: de specialist en de patiënt bepalen hoeveel mensen worden verwezen. Armstrong (1991) constateert dat leeftijd en geslacht geen invloed hebben op de door de huisarts ervaren druk om te verwijzen. Post en Vennix (1992) concluderen dat de glamour van de specialistische mogelijkheden (rol van de media!) bij deze druk een rol spelen. Volgens Engelsman en Geertsma (1994) was in 16% van de gevallen druk door de patiënt uitgeoefend. Internationaal gezien oefenen patiënten bij 10-40% van de verwijzingen druk uit op de huisarts, vooral uit ongerustheid (Grundmeijer, 1993).

Ongerustheid van de patiënt

Volgens De Jongh (1986; 1993) beslist de huisarts meestal over verwijzing, ook als er geen lichamelijke stoornissen zijn. Meestal is de patiënt ongerust. Armstrong (1991) vindt dat de huisarts vooral druk ervaart om te verwijzen als de patiënt door verwijzing gerustgesteld wil worden. Huisartsen met een relatief hoog verwijzingscijfer ervaren meer druk om te verwijzen dan huisartsen met een laag verwijzingscijfer. Post (Post en Vennix, 1992) meent dat ongerustheid van de patiënt sterk afhangt van het vertrouwen dat de patiënt in de huisarts heeft. Ook kan de huisarts de patiënt juist ongerust maken.

In het onderzoek van Engelsman en Geertsma (1994) bleek bij ruim een derde van de patiënten geruststelling van de patiënt een rol te hebben gespeeld bij de verwijzing, veel meer dan men in buitenlands onderzoek had gevonden.

Verwachtingen van de patiënt en overige factoren

Waarschijnlijk wordt het lagere aantal verwijzingen op het platteland mede veroorzaakt door een ander verwachtingspatroon van de bevolking ten aanzien van de medische wereld (Kruidenier, 1977). Personen die negatieve verwachtingen hebben van de medische zorg, zijn eerder geneigd door te gaan met zoeken naar verlichting van hun klachten. Patiënten die ontevreden zijn over hun huisarts, zijn dat ook over de specialist. Er bestaan duidelijke tegenstellingen tussen waarden en verwachtingen van leken en die van professionals op medisch gebied (Engelsman en Geertsma, 1994).

Huisartsfactoren

Taakopvatting van de huisarts

Huisartsen die meer openstaan voor de inbreng van de patiënt en hun eigen handelen beter uitleggen, reageren adequater op de gepresenteerde klachten. Dit leidt tot minder verwijzingen naar de specialist. Deze werkwijze wordt beïnvloed door de taakopvatting en het competentiegevoel van de huisarts. Zelf veel therapeutische handelingen doen leidt tot minder verwijzen (Sluijs en Dopheide, 1985). Ook andere auteurs (zoals Boots en Van Zutphen, 1981; Dopheide, 1982) zien in de taakopvatting en het takenpakket (Beek e.a., 1984) een belangrijke verklaring voor verschillen in verwijzen. De verschillen in 'taakbreedte' tussen huisartsen zijn groot. Ze hebben te maken met kenmerken van de huisarts, zoals leeftijd, praktijkvorm, praktijkgrootte, urbanisatiegraad en afstand tot het ziekenhuis (Engelsman en Geertsma, 1994).

Uit Engels onderzoek (Reynolds (1991) blijkt dat een bijzondere belangstelling voor en ervaring in een bepaald specialisme meer verwijzen naar dat specialisme oplevert; de auteur vraagt zich af of er sprake is van een andere patiëntengroep ten gevolge van de ervaring of van (te) veel belang hechten aan specialistisch onderzoek.

Post (Post en Vennix, 1992) stelt dat kennis, kunde en mate van bijscholing een rol spelen bij de verklaring van verschillen in verwijzen.

Taakopvatting, taakafbakening en de relatie met de tweede lijn:

Huisartsen, vooral jongere huisartsen met huisartsopleiding en huisartsen in samenwerkingsverbanden, vinden versterking van de rol van de huisarts gewenst en mogelijk. De huisarts wil in verregaande mate blijven coördineren, ook binnen de specialistische geneeskunde. Huisartsen claimen veel meer dan specialisten wenselijk en verantwoord achten (Beek e.a., 1984).

Kersten en Dopheide (1984) vinden grote verschillen in hoeveelheid poliklinische zorg door de internist bij patiënten van verschillende huisartspraktijken. Ook zijn er aanzienlijke verschillen tussen internistenmaatschappen wat betreft de geleverde hoeveelheid poliklinische zorg. Binnen internistenmaatschappen bestaan grote verschillen wat betreft de hoeveelheid zorg, verleend aan patiënten van verschillende huisartsen. De verschillen kunnen niet worden verklaard door leeftijd en geslacht van de patiënt en waarschijnlijk evenmin door een andere wijze van beroepsuitoefening van de betrokken specialist. De onderzoekers vermoeden dat factoren van de kant van de huisarts van belang zijn.

Ook Post en Gubbels (1986) constateren dat er een grote variatie tussen huisartsen bestaat als het gaat om verwijzingen naar de internist. Leeftijdsopbouw van de praktijk en plaats van vestiging in verschillende regio's verklaart maar een deel van de variatie. Zij denken dat de huisartskenmerken en de taakafbakeningsproblemen tussen huisarts en specialist ook een rol zullen spelen.

Volgens De Melker (1975) kan de huisarts veel invloed uitoefenen op opnamen en toekomstige herhaalkaarten door de keuze van de specialist bij eerste verwijzing. Ook Morkink (1986) vindt dat er wat

betreft het aantal herhaalverwijzingen grote verschillen bestaan tussen praktijken; hij constateert dat huisartsen hierop kennelijk een belangrijke invloed hebben. Verder gaan veel verwijzen en veel zogenaamd aspecifiek voorschrijven samen. Dit is in lijn met wat Kruidenier (1977) in zijn literatuurstudie al had gevonden, namelijk dat een hoog verrichtingenpercentage samengaat met een hoog verwijfspercentage. Mokkink's "werkstijlen" gaan weer samen met attitude. Er is ook een samenhang tussen verwijfsgedrag en de omvang van de specialistische hulpverlening: hoe meer de huisarts verwijst, hoe groter de omvang van de specialistische hulpverlening. Dit gaat zeker op bij (te) veel verwijzen naar de internist; bij (te) veel verwijzen naar de chirurg geldt dit niet. De werkstijl van de huisarts blijkt ook samen te hangen met de gezondheidstoestand van de patiënt. Huygen e.a. (1992) vonden dat patiënten van huisartsen met een 'geïntegreerde' werkstijl (huisartsen die relatief weinig verwijzen, maar ook meer obligate handelingen verrichten, meer aandacht hebben voor de inbreng van hun patiënt, het consult beter structureren, weinig aspecifieke medicatie voorschrijven) zich gezonder voelen (minder klachtengeneigd, minder gemeten aandoeningen en risicofactoren hebben) dan patiënten van huisartsen met een 'interventie werkstijl' (huisartsen die relatief vaak verwijzen). Het belang van de huisarts-patiënt communicatie daarbij was al eerder benadrukt (Mokkink e.a., 1991). Post (Post en Vennix, 1992) stelt dat de huisarts bij een brede taakopvatting meer doet, omdat hij meer tot zijn taak rekent. Deze huisarts is geneigd meer te overleggen met de specialist en voorkomt zo vaak verwijzing.

Peters en Wijkkel (1998) laten in een onderzoek onder Amsterdamse specialisten en huisartsen zien dat beide beroepsgroepen vinden dat een belangrijk deel van de patiënten die bij de specialist onder controle zijn net zo goed bij de huisarts gecontroleerd en behandeld kan worden (volgens de specialisten 51%, volgens de huisartsen 41% van deze patiënten). Dit geldt speciaal voor chronische ziekten zoals astma, emfyseem/COPD, eczeem, angina pectoris, myocard infarct en diabetes mellitus. Voor de bijbehorende transmurale afspraken is overeenstemming tussen huisarts en specialist nodig ('geen sinecure'). De huisartsen willen meer tijd voor deze extra taak. Door gebruik te maken van een praktijkverpleegkundige en door samen te werken in één gebouw (Huisartsen-onder-één-dak of HOED) zou een efficiëntere verdeling van taken kunnen worden gecreëerd, waardoor meer ruimte voor controle en begeleiding van chronische patiënten ontstaat.

Onzekerheid van de huisarts

Onzekerheid is inherent aan het huisartsenberoep. Kruidenier (1977) wijst erop dat de onzekerheidstolerantie van de huisarts onder spanning komt bij wantrouwen, verzet en druk van de patiënt. Dit leidt tot meer verwijzen. Volgens Grol e.a. (1985) veroorzaakt onzekerheid bij de huisarts veel onnodig verwijzen. De huisarts "leert" dan de patiënt ook het zekere voor het onzekere te nemen (somatische fixatie). Post (Post en Vennix, 1992) stelt dat de onzekere huisarts zich door de specialist veel laat gezeggen en grote verwachtingen van hem heeft. Onzekere huisartsen bestellen de patiënt ook vaker terug. Dit maakt de praktijkpopulatie onrustig, waardoor iedere verstoring van gezondheid overdreven handelen en controle uitlokt. Volgens Van der Ree e.a. (1992) gaat weinig terugbestellen samen met weinig contacten per dag en met weinig verwijzen.

De wijze waarop de huisarts omgaat met onzekerheid heeft invloed op de taakopvatting. Dit kan leiden tot verwijzen op initiatief van de huisarts of tot druk om te worden verwezen als de patiënt niet veel vertrouwen in de huisarts heeft. Bij een kwart van de verwijzingen speelt de 'vrees om iets over het hoofd te zien' een rol (Engelsman en Geertsma, 1994).

Communicatie, informatie en verslaglegging

De invloed van de communicatie tussen huisarts en specialist is belangrijk voor het besluitvormingsproces bij verwijzen, maar verbetering (van dit proces) zal vooral door emancipatie van de huisarts bereikt worden, niet alleen door een betere briefwisseling en vaker opbellen (Grundmeijer, 1993). Overigens schrijven huisartsen, die doelmatiger handelen, betere verwijfsbrieven (Engelsman en Geertsma, 1994).

Samenwerking tussen huisarts en specialist kan het verwijfsgedrag verbeteren en leiden tot minder verwijfsingen, bijvoorbeeld middels een ‘gezamenlijk consult’ (Vierhout, 1994).

Vooraf taakafspraken (Sluijs en Dopheide, 1985) zijn belangrijk, maar het bereiken van consensus over taakafbakening is niet eenvoudig, omdat opvattingen sterk uiteen lopen (Engelsman en Geertsma, 1994) en niet elke huisarts en specialist een verschuiving van taken van tweede lijn naar de eerste lijn wenselijk vindt.

Aantal arts-patiëntcontacten

In een drukke praktijk wordt gemiddeld meer verwezen (Bergsma, 1980; Bensing en Verhaak, 1981). Waarschijnlijk door gebrek aan tijd (Engelsman en Geertsma, 1994). Maar de drukte op het spreekuur wordt in hoge mate bepaald door het aantal herhaalcontacten; hierop heeft de huisarts een belangrijke invloed.

Ongeveer de helft van de spreekuurpatiënten is al eerder geweest voor dezelfde klacht (Post en Vennix, 1992); 55% van de contacten wordt met terugbestelling afgesloten, 35% onvoorwaardelijk (moet terugkomen) en 20% voorwaardelijk (terugkomen als niet beter/ over). Huisartsen zijn heel stabiel in hun terugbestelgedrag, maar de variatie tussen huisartsen is groot (Van der Ree e.a., 1992). Ook Verhaak (1992) geeft in zijn literatuuroverzicht aan dat er een systematisch verschil is tussen huisartsen wat betreft terugbestellen. De vrije ruimte tussen hulpbehoefte, hulp zoeken en gedefinieerde hulpvraag wordt in veel sterkere mate ingevuld door de huisarts dan door de patiënt. Zoals al opgemerkt werd gaat weinig terugbestellen samen met weinig contacten per dag en met weinig verwijfsen (Van der Ree e.a., 1992).

Structuurgebonden factoren

Praktijkfactoren

Praktijkgrootte. In grote praktijken wordt iets minder verwezen dan in kleine praktijken, volgens Collaris (1983). Boots en Van Zutphen (1981) stellen dat praktijkverkleining niet zonder meer leidt tot minder verwijfsingen, maar dat de taakopvatting van de huisarts een interveniërende rol speelt. Van der Meulen en Spreeuwenberg (1987) concluderen dat simpele afstoting van een groot aantal patiënten leidt tot meer verwijfsingen. Het ene Engelse onderzoek wijst uit dat het verwijfscijfer stijgt met de praktijkgrootte, het andere onderzoek levert het tegenovergestelde op (Van de Lisdonk en Schellevis, 1994). De relatie tussen praktijkgrootte en verwijfsen blijkt dus complex en is niet eenduidig.

Samenwerkingsvorm. Gezondheidscentra verwijfsen minder dan solopraktijken (Post en Vennix, 1992). Verhaak (1984) vindt in een enquête dat solisten met een grote praktijk en weinig tijd voor de patiënt en samenwerkende artsen met een kleine praktijk en veel tijd voor de patiënt dezelfde opvattingen hebben over taak en competentie, ook psychosociaal. Wel nemen artsen in gezondheidscentra meer risico, raadplegen later de specialist, luisteren meer naar de mening van de patiënt en laten meer invloed van de overheid toe. Wijkkel (1986) denkt dat samenwerking of "andere" artsen een lager verwijfscijfer bij gezondheidscentra veroorzaken. Dessens en Jansen (1988) vinden echter dat gezondheids-centra qua praktijkbevolking een lagere gemiddelde leeftijd en een hoger opleidingsniveau hebben. Deze twee factoren verklaren veel meer.

Geurts e.a. (1988) vinden dat controle voor verschil in achtergrondkenmerken de verschillen in zorggebruik (inclusief verwijzingen) tussen gezondheidscentra en solopraktijken doet verdampen.

Beschikbaarheid van de zorgmiddelen

Urbanisatiegraad. In steden zijn er meer verwijzingen (Kruidenier, 1977; Verhoef, 1979; Bergsma, 1980) ten gevolge van de korte afstand tot het ziekenhuis en door mentaliteitsverschillen, zoals een ander verwachtingspatroon ten aanzien van de medische wereld. Of verschillen in gezondheidstoestand een rol spelen is niet duidelijk.

Voor het aanbod aan tweedelijns voorzieningen bepaalt het verwijzen: de *specialistendichtheid* en ook de *afstand tot ziekenhuis* (Sluijs en Dopheide, 1985). Van der Zee (1982) stelt dat in Engeland het aantal opnamen stijgt als de afstand tot het ziekenhuis toeneemt. Hij suggereert dat strakke regulering en dienstverband de redenen kunnen zijn dat in Engeland de zuigkracht van ziekenhuis en specialist niet zijn terug te vinden. Noone (1989) vindt echter dat na opening van een ziekenhuis in de regio Oxford het aantal verwijzingen gering maar significant stijgt. Kersten (1987) onderzocht of de vestiging van het Zuiderzeeziekenhuis invloed had op verwijzingen en opnamen. De observatieduur was erg kort (2 jaar). Huisartsen en patiënten bleken in die 2 jaar nog geen ander gedrag te vertonen. Kleinmeulman en Mul (1996) vinden dat het aantal verwijzingen na de sluiting van het ziekenhuis Kampen afnam, maar ook hier was de observatieperiode erg kort.

Tenk (1989) toont in een klein onderzoek aan dat de afstand tot het ziekenhuis een duidelijk effect heeft op het aantal verwijzingen bij ongevallen. De huisartsen in Brielle (geen ziekenhuis) behandelen in totaal 85% zelf, de huisartsen in Goes (wel ziekenhuis) 53%. De huisartsen in Brielle verwijzen 14% van de ongevallen, de huisartsen in Goes 25%.

In de Nationale studie blijkt dat de *regio in het land* soms uitmaakt: in het noorden wordt vaker diagnostiek in de eigen praktijk verricht en wordt minder vaak verwezen naar fysiotherapeuten, in het zuiden wordt vaker verwezen naar ‘beschouwende’ specialismen, in het noorden minder vaak (Groenewegen e.a., 1992).

Overige factoren

Faciliteiten en vaardigheden. Gebrek aan faciliteiten en / of vaardigheden kan leiden tot (meer) verwijzen (Engelsman en Geertsma, 1994).

Relatie huisarts-patiënt. Beschadiging van de vertrouwensrelatie tussen patiënt en huisarts geeft verslechtering van de verstandhouding, de huisarts wil van de patiënt af: de patiënt wordt gedumpt bij de specialist (Engelsman en Geertsma, 1994).

Conclusie

Volgens Post en Vennix zijn de volgende factoren het meest relevant: taakopvatting van de huisarts, onzekerheid van de huisarts, gemoedstoestand van de patiënt, situering van de praktijk (stad of platteland, urbanisatiegraad), leeftijd van de patiënt. Zij merken op dat er een onderlinge beïnvloeding is. De onzekerheid van de huisarts is in het algemeen groter bij multiële pathologie, die relatief vaker voorkomt bij oudere patiënten. Onzekerheid wordt ook bevorderd door een lage kwaliteit van het consultatiegesprek (bijvoorbeeld als gevolg van een te grote drukte). Dit laatste kan het vertrouwen in de huisarts ondermijnen, zodat de aandrang van de patiënt om verwezen te worden groter wordt.

Engelsman en Geertsma (1994) stellen dat een relatie ontbreekt tussen het proces (handelen en communicatie) en de uitkomst van de verwijzing.

2.2.7 Kwaliteit huisartsgeneeskundig handelen

Het geconstateerde lagere verwijscijfer op Urk roept vragen op over de kwaliteit van de huisartsenzorg op Urk.

Doet de weinig verwijzende huisarts zijn patiënten te kort of verwijst de veel verwijzende huisarts zijn patiënten onnodig? Wat is kwalitatief goed huisartsgeneeskundig handelen? En wie beoordeelt de kwaliteit? In de literatuur vinden we diverse onderzoeken over de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen. Huygen e.a. (1992) laten zien dat huisartsen met een 'geïntegreerde werkstijl' gezondere patiënten hebben dan huisartsen met een 'interventie werkstijl'.

Van de Lisdonk en Schellevis (1994) vragen zich in een literatuuronderzoek naar 'inter-doktervariatie en de kwaliteit van verwijzingen' af welke aangevoerde verklaringen een relatie met kwaliteit van handelen van de huisarts hebben en welke factoren ook daadwerkelijk beïnvloedbaar zijn. Op grond van een analyse van 23 studies uit Nederland, Engeland en Scandinavië uit de periode 1986-1992 is hun bevinding dat er internationaal grote verschillen zijn tussen-, maar ook binnen de landen. Verwijzen gebeurt vaker als het ziekenhuis dichtbij is, als er in de regio meer specialisten zijn, als er meer ouderen in de praktijk zijn en als de huisarts drukkere spreekuren heeft. Mogelijk hangen opleiding, bijzondere belangstelling voor een deelgebied in de geneeskunde en het ervaren van druk om te verwijzen samen met een hoger verwijscijfer. Ondanks de soms grote verschillen in aantallen verwijzingen bestaan er wat betreft adequaat handelen geen opmerkelijke verschillen tussen huisartsen. Over de verwijfsreden zijn patiënt, huisarts en specialist het meestal niet met elkaar eens: ieder heeft zo zijn eigen redenen tot verwijzen. Zij concluderen dat demografische en formele kenmerken van patiënten, praktijk en huisarts, hooguit een deel van de variatie verklaren. Zij vinden geen onderzoek waarin variabelen uit alle categorieën verwerkt zijn. Vooralsnog is dus kwalitatief onderzoek nodig naar motieven en beslismomenten bij verwijzen om aangrijpingspunten voor kwaliteitsverbetering te identificeren.

Engelsman en Geertsma (1994) onderzochten de kwaliteit van verwijzingen. Als uitgangspunt nemen zij de veronderstelling van Donabedian dat 'doelmatiger handelen van de arts en een betere communicatie tussen de artsen (proces) leidt tot een effectievere uitkomst'. Onder doelmatigheid verstaan zij de 'geneeskundige' afweging tussen de te verwachten baten van de behandeling – zoals een verbetering van de diagnostische kennis, de gezondheidstoestand en de ongerustheid – en de kosten in de zin van de belasting voor de patiënt, de kans op bijwerkingen etc. Aan de patiënten, aan de betrokken huisartsen en specialisten en aan onafhankelijke beoordelaars is een oordeel gevraagd. Wat betreft de doelmatigheid van het handelen van de huisarts bij verwijzingen noteren de auteurs de volgende resultaten.

Onafhankelijke beoordelaars zijn van mening dat de huisarts vaak meer had kunnen doen, vooral in diagnostische zin; 60% vindt dat de huisarts in therapeutische zin meer had kunnen doen, 40% dat hij minder had kunnen doen, alvorens te verwijzen. In een kwart van de gevallen achten zij noodzaak tot verwijzen twijfelachtig. Patiënten vinden vrijwel alle verwijzingen noodzakelijk. Overigens hanteren de auteurs het op eigen initiatief doorzoeken naar (alternatieve) hulp tijdens of na verwijzing als een indirecte maat voor de tevredenheid van de patiënten na afronding van de specialistische hulpverlening. Bij de helft van de verwijzingen wordt door de betrokken huisarts of de specialist getwijfeld aan de noodzaak tot verwijzing; de belangrijkste kritiek is dat men meestal meer had kunnen doen.

De auteurs vinden verder dat slechts een kwart van de variantie in de doelmatigheid van het handelen van de huisarts kan worden verklaard; vooral door de aard en de ernst van de klachten, in mindere mate door de taakopvatting van de huisarts. Hoe ernstiger de klacht resp. hoe breder de taakopvatting, des te doelmatiger de huisarts werkt. Huisartsen die doelmatiger handelen schrijven betere verwijfsbrieven. De belangrijkste conclusie van het hele onderzoek is dat er geen relatie is tussen het proces en de uitkomst van de verwijfzing.

In een review artikel van Grundmeijer e.a. (1996), waarin ook het onderzoek van Engelsman en Geertsma is meegenomen, blijkt achteraf 50-70% van de verwijfzingen noodzakelijk. De belangrijkste argumenten voor een negatief oordeel over de overige 30-50%: de huisarts had best zelf kunnen behandelen, de specialist kon niets bijdragen, het probleem had door een telefonisch consult opgelost kunnen worden. In 55-87% van de verwijfzingen heeft de patiënt naar eigen zeggen baat gehad van de verwijfzing. Bij 2 (Nederlandse) studies zijn proces en uitkomst gemeten. Geruststelling is bij 50% van de ongeruste patiënten bereikt. De gemiddelde verbetering van de gezondheidstoestand blijkt bij de ene studie marginaal, bij de andere 25%.

Tot zover de doelmatigheid van verwijfzingen. Huisartsgeneeskundig handelen is meer dan verwijzen. Wat is kwalitatief goed huisartsgeneeskundig handelen? Wat is doelmatig huisartsgeneeskundig handelen? Het lijkt logisch de definitie van Engelsman en Geertsma te hanteren. De beoordeling moet dan komen van geneeskundigen-deskundigen.

In algemene zin kunnen uit de literatuur richtlijnen voor goed huisartsgeneeskundig handelen worden gedestilleerd. Als voorbeelden kunnen gelden: terughoudend zijn met voorschrijven van ‘aspecifieke medicatie’ (vooral pijnstillers en antibiotica) en met verwijzen (Huygen e.a., 1992), terughoudend zijn met terugbestellen (Van der Ree e.a., 1992), terughoudend zijn bij alledaagse klachten en aandoeningen (Van Eijk, 1989), de behandeling en controle bij enige chronische ziekten in eigen hand houden (Peters en Wijkkel, 1998). De belangrijkste richtlijnen voor het handelen van de huisarts zijn op dit moment de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Dit zijn richtlijnen om de huisarts in staat te stellen op meer verantwoorde wijze beslissingen te nemen bij het medisch handelen. De richtlijnen volgen de principes van *evidence based medicin* voor een belangrijk deel; dit is overigens niets anders dan het benadrukken van de voorkeur voor empirisch bewijsmateriaal. De richtlijnen zijn dus zoveel mogelijk gebaseerd op wetenschappelijke literatuur, en bij afwezigheid daarvan op consensusuitspraken. De richtlijnen zijn in de praktijk op uitvoerbaarheid getest, door medisch specialisten becommentarieerd en tenslotte door huisartsen geformuleerd. De richtlijnen zijn de ‘state of the art’, dus moeten ze steeds worden geactualiseerd. (Geijer e.a., 1999).

2.2.8 Interdoktervariatie en diagnosestelling

Eén van de hypothesen in dit onderzoek is dat de oorzaak van het lage verwijfscijfer op Urk moet worden gezocht in een anders omgaan met bepaalde problematiek door de Urker huisartsen. Deze interdoktervariatie is dus onderwerp van studie.

Daarbij moet ervan kunnen worden uitgegaan dat de Urker huisartsen de aangeboden problematiek *steeds op dezelfde wijze* diagnosticeren als de gemiddelde Nederlandse huisarts.

In de dagelijkse huisartsenzorg is de diagnose relatief onbelangrijk vergeleken met het beleid en de prognose. Hoe valide en betrouwbaar is dan de diagnose? (de *validiteit* is de mate waarin de door de huisarts gestelde diagnose overeenkomt met de werkelijke ziekte van de patiënt (ofwel, de juistheid van de diagnose), de *betrouwbaarheid* is de mate van reproduceerbaarheid en precisie). Van der Velden e.a.

(1991) zeggen hierover: ‘de validiteit van huisartsgeneeskundige diagnoses moet gezien worden in het licht van de werkwijze van de huisarts. Het is inherent aan die werkwijze dat veel diagnoses als werkhypothese worden gesteld en op een laag diagnostisch niveau worden geformuleerd. Naarmate de episode voortduurt, tekent zich een meer gedifferentieerd beeld af en is het mogelijk een medische diagnose te stellen die inpasbaar is in een medisch-nosologisch systeem’. Maar zolang duidelijke diagnostische criteria ontbreken zal, ondanks het episodeconcept, de *diagnosestelling door de huisarts* en de factoren, die daarop invloed hebben, een precair punt blijven bij registratiebestanden in huisartsenpraktijken. Recente literatuur is daarover duidelijk. De verschillen in diagnosestelling tussen artsen leveren grotere verschillen op dan verschillen in gepresenteerde morbiditeit tussen de praktijken (Westert e.a., 1999). Er bestaat geen enkel inzicht in de invloed van allerlei arts- en praktijkenmerken op de geproduceerde gegevens, terwijl aannemelijk is dat zulke invloeden er wel zijn (Hofman, 1999; 2000). De huisarts bepaalt meer dan de patiënt de vrije ruimte tussen hulpbehoefte, hulp zoeken en gedefinieerde hulpvraag (Verhaak, 1992). Veel ‘harde’ diagnoses in de huisartspraktijk zijn helemaal niet zo hard, zeker niet waar diagnostische criteria ontbreken. Bovendien ligt bij veel van deze diagnoses het initiatief eerder bij de huisarts dan bij de patiënt; in die gevallen zullen ook verschillen in ‘diagnostische ijver’ kunnen leiden tot aanzienlijke interdoktervariatie, waarbij zowel aan onder- als aan overregistratie valt te denken (Schellevis e.a., 1999; Hofman, 2000). Vermindering van diagnostische interdoktervariatie kan worden bereikt door meer uniforme definities, stricte controle op het gebruik van heldere diagnostische criteria en checks (Van der Velden, 1999), door verbetering van de praktische hanteerbaarheid van de classificatiesystemen voor diagnose en reden van komst en door training van de registrerende artsen in het gebruik van het classificatiesysteem. Mede door de ontwikkelingen in de automatisering is deze benadering veelbelovend. Investeren in betrouwbaarheid van de diagnose is overigens ook van belang in de dagelijkse praktijk, zoals bij het samenwerken in huisartsgroepen en bij waarneming (Westert e.a., 1999). Interdoktervariatie kan waarschijnlijk het best worden verminderd door ziekten tot grotere categorieën te clusteren, dus het aantal diagnostische mogelijkheden drastisch te beperken (!) Dit geldt vooral ten aanzien van incidentiecijfers over acute, kortdurende, min of meer banale gezondheidsproblemen; bij de prevalentiecijfers over langdurige en chronische aandoeningen is de zaak minder dramatisch (Schellevis e.a., 1999; Hofman, 2000).

2.3 Overzicht literatuur, uitwerking in een model

Zorgconsumptie is een proces. Op de weg van gezondheidstoestand via zorgvraag naar zorggebruik in de huisartspraktijk hebben vele factoren invloed. Resultaten van onderzoek naar proces en beïnvloedende factoren zijn in dit hoofdstuk besproken. Het zorgproces blijkt ingewikkeld, vooral doordat veel factoren ook elkaar beïnvloeden. De richting van de invloed van een factor op de processtappen is bekend. Het relatieve belang van een factor wordt uit de literatuur niet duidelijk. Sommige auteurs menen dat hierover uitspraken zijn te doen, andere stellen dat het onmogelijk is door de onderlinge verwevenheid van de factoren. Factoren die in ieder geval van gewicht lijken te zijn, betreffen de aard en ernst van de klacht, de leeftijd van de patiënt, de gemoedstoestand van de patiënt (ongerustheid, druk om te verwijzen), de werkwijze van de huisarts (attitudes en opvattingen), de drukte op het spreekuur en de urbanisatiegraad.

Proces en factoren kunnen in een model worden ondergebracht (figuur 2-3). Het grote aantal factoren is noodzakelijkerwijze in rubrieken samengevat.

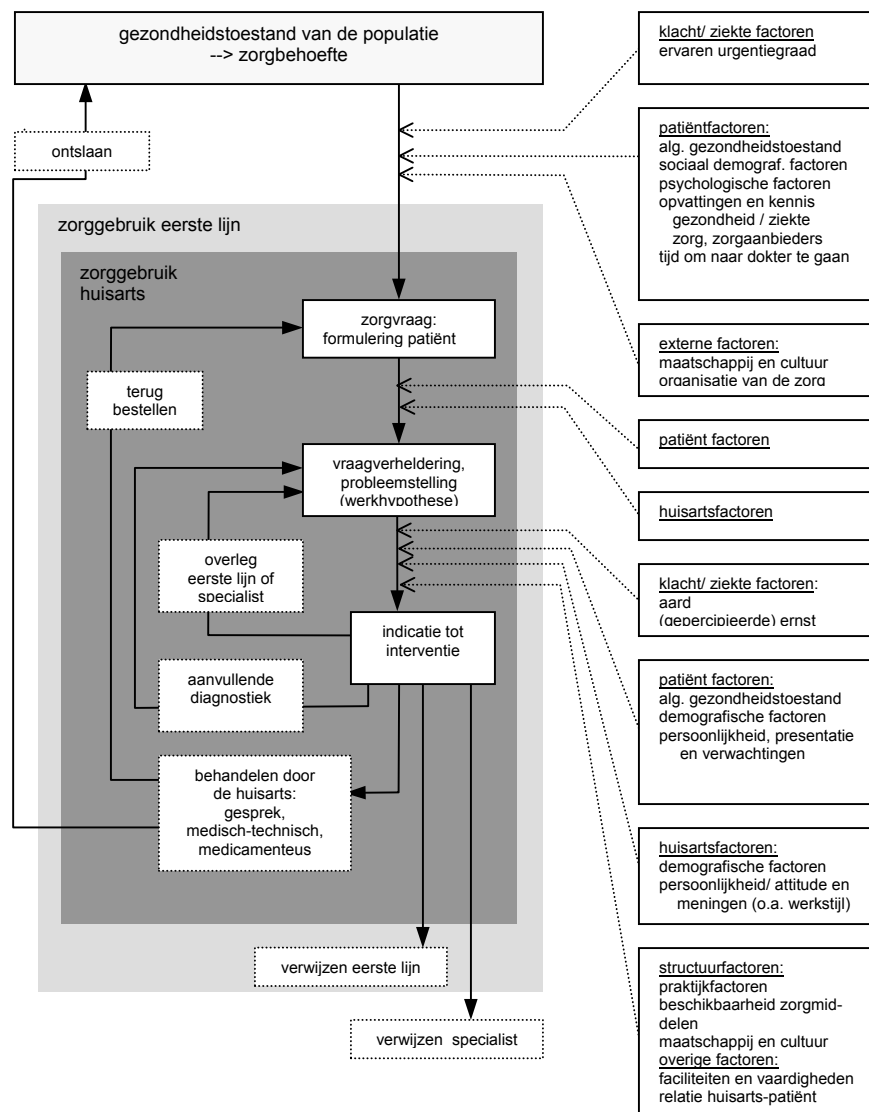
In de figuur is zichtbaar dat vanuit een bepaalde gezondheidstoestand naar aanleiding van een klacht of ziekte de behoefte aan zorg ontstaat. De patiënt bepaalt of daarvoor formele medische hulp zal worden gevraagd. Zijn of haar beslissing is afhankelijk van de aard van de klacht of ziekte, van diverse factoren van de kant van de patiënt zelf en van enige externe factoren.

Als de patiënt de huisarts voor het probleem consulteert, is voor het eerst sprake van zorgvraag; tegelijk is dit eerste contact het begin van het zorggebruik. De patiënt formuleert de zorgvraag, waarna de huisarts via vraagverheldering tot een probleemstelling komt (diagnose of werkhypothese). Op deze vertaalslag hebben waarschijnlijk factoren van de patiënt en zeker factoren van de huisarts invloed ('diagnostische interdoktervariatie').

Er zijn voor de huisarts in theorie meestal diverse mogelijkheden om het probleem aan te pakken; de uiteindelijke aanpak is (opnieuw) zorggebruik. In principe bepaalt de huisarts wat er moet gebeuren (indicatie tot interventie). Op deze processtap (van diagnose naar interventie) hebben diverse factoren invloed (aard en ernst van de klacht, factoren van de patiënt, factoren van de huisarts zelf, factoren van de plaatselijke situatie (de structuur) en enige 'overige' factoren). De huisarts kan aanvullende diagnostiek doen in het praktijklab of laten doen elders (lab, röntgen, scopie, etc.).

Ook kan hij overleg plegen met eerstelijns hulpverleners of met specialisten. Hij kan behandelen met 'gesprek' (uitleg, geruststelling), medisch-technisch behandelen en met medicatie behandelen. Hij kan de patiënt vragen terug te komen of hij kan de patiënt ontslaan ('alleen terug als het niet over is of gaat, etc.'). Tenslotte kan hij de patiënt, voor eenmalig consult of voor overnemen van het probleem, verwijzen naar een eerstelijns hulpverlener of naar een medisch specialist.

Figuur 2-3: Uitwerking zorgvraag en zorggebruik in de huisartspraktijk¹



¹ In de figuur is terugverwijzing (door eerstelijns hulpverlener of specialist) naar huisarts niet weergegeven

2.4 Beschouwing

Inleiding

De opdracht in dit onderzoek is de achtergronden van het geconstateerde lage aantal verwijzingen naar de specialist op Urk duidelijk te krijgen.

Het uitgangspunt van de studie is dus de verwijzing, op het niveau van het gemiddeld aantal (verwijzingen) per patient in een bepaalde periode. Om de achtergronden boven tafel te krijgen zal het onderzoek moeten worden verricht op het niveau waarop de verwijzing plaatsvindt, bij de individuele patient en de individuele huisarts.

Een patient kan in verband met een bepaalde zorgvraag meer dan één keer de huisarts consulteren (zorgepisode¹). Elk consult levert een contact en één of meer verrichtingen op; verwijzing is één van de mogelijke verrichtingen. Aan het begrip *zorgvraag* wordt voortaan gekoppeld het begrip (zorg)episode. Dit betekent dat de *uitkomst* van de consultaties voor een zorgvraag bestaat uit de gezamenlijke verrichtingen van alle consulten van die episode.

Gezien het uitgangspunt van de studie is het nodig per soort zorgvraag te onderzoeken wat de gemiddelde uitkomst en de frequentie van voorkomen van die zorgvraag (in een bepaalde periode) is. Door de uitkomst van alle zorgvragen op te tellen en vervolgens te delen door het aantal patienten, komt men tot het (totale) *zorggebruik* per patient (in die bepaalde periode). Dit is het niveau van het uitgangspunt van de studie.

De zorgvraag heeft de aspecten *aard* (diagnose), *volume* of *grootte* (het aantal episoden per patient per periode) en *ernst*. De ernst is een relatief begrip. Als de zorgvraag als relatief ernstig wordt bestempeld, wordt daarmee bedoeld dat de kans op ‘ingrijpende’ verrichtingen, waartoe onder andere de verwijzing gerekend kan worden, als relatief groot wordt ingeschat. Vaak wordt verderop in dit boek met ‘zorgvraag’ gedoeld op de *totale zorgvraag* (het totaal van alle zorgvragen). In dat geval betekent een ‘ernstiger’ zorgvraag, dat de zorgvraag bestaat uit relatief weinig klachten en bijvoorbeeld relatief veel chronische ziekten of psychische problematiek. Impliciet wordt daarmee bedoeld dat de kans op ‘ingrijpende’ verrichtingen dan hoger wordt ingeschat.

Zorggebruik kan op de totale zorgvraag betrokken zijn, maar ook op een bepaalde soort zorgvraag.

In het kader van de onderzoeksvraag is het nodig om uit te maken of de zorgvraag op Urk verschilt (naar aard, volume en ernst) en zo ja, wat het effect is op het zorggebruik, en of de uitkomst op Urk verschilt en zo ja, wat het effect is op het zorggebruik. Vervolgens moet worden onderzocht welke factoren met invloed op zorgvraag en zorggebruik hier een rol spelen en of die invloed kan worden afgelezen in het zorggebruik.

Bij verschil in zorgvraag spelen factoren van de kant van de bevolking/ van de patient de hoofdrol. Bij verschil in uitkomst (van het consult) spelen de aard en de ernst van de klacht of aandoening, factoren van de kant van de patiënt, factoren van de kant van de huisarts en structurele factoren allemaal een rol, maar de huisarts tekent uiteindelijk voor de uitkomst. Naar verwachting heeft verschil in uitkomst een groter effect op het zorggebruik dan verschil in zorgvraag. Het lijkt dan ook zinvol om verder in te gaan op de

¹ zorgepisode: zie paragraaf 2.2.3 (Nationale studie) en hoofdstuk 3

factoren die bepalend zijn voor verschil in uitkomst. Daarom wordt in het eerste deel van deze beschouwing het literatuurmodel uit figuur 2-3 op het traject 'probleemstelling – verrichtingen' verder uitgewerkt.

Verder is van belang inzicht te krijgen in de kwaliteit van de uitkomst ofwel de kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen op Urk. Het tweede en laatste deel van deze beschouwing gaat hierover.

Structuurfactoren

Regiokenmerken/ beschikbaarheid van zorgvoorzieningen

De urbanisatiegraad en de afstand tot het ziekenhuis spelen een rol bij zorggebruik. Aanbod van tweedelijns voorzieningen, bijvoorbeeld een open EHBO, schept vraag; bij minder aanbod handelt de huisarts meer zelf af en verwijst hij minder naar de specialist. Een en ander is op te maken uit de literatuur (Kruidenier, 1977; Verhoef, 1979; Bergsma, 1980; Van der Zee, 1982; Kersten, 1987; Tenk, 1989; Groenewegen e.a., 1992; Kleinmeulman en Mul, 1996). In het noorden van Nederland is het zorggebruik in de tweede lijn ook lager, in sommige gevallen veel lager dan gemiddeld (Groenewegen e.a., 1992).

Bij een lage urbanisatiegraad is ook vaak de afstand tot het ziekenhuis groot en het noorden van Nederland heeft relatief veel platteland en relatief vaak het ziekenhuis op afstand. Bij hogere urbanisatiegraad is ook vaak de afstand tot het ziekenhuis klein. Anderzijds is afstand tegenwoordig betrekkelijk door de toegenomen vervoersmogelijkheden.

Het gaat overigens niet alleen om tweedelijns voorzieningen. Als er geen verloskundige in het praktijkgebied werkzaam is, zoals in grote delen van het platteland, wordt van de huisarts verwacht dat hij de eerstelijns verloskundige zorg levert.

Voor de cijfers in de huisartsenpraktijk hebben deze structurele factoren in ieder geval gevolgen. De meest voor de hand liggende voorbeelden van zorgvraag zijn traumata en verloskundige problematiek. Als, zoals in de meer verstedelijkte gebieden, de patiënt bij een deel van de traumata zonder tussenkomst van de huisarts naar het ziekenhuis gaat of de verloskundige zorg van de verloskundige ontvangt, wordt een deel van de zorgvraag van de patiëntenpopulatie niet geregistreerd door de huisarts. De verwachting lijkt gerechtvaardigd, dat bij lage urbanisatiegraad en enige afstand tot het ziekenhuis (zeker als geen open EHBO bestaat) de (totale) zorgvraag bij de huisarts, althans gedeeltelijk, groter en ernstiger zal zijn dan gemiddeld in Nederland. Dit zou dan ook meer dan gemiddeld zorggebruik bij de huisarts kunnen geven, hetgeen niet betekent dat ook meer wordt verwezen; de literatuur suggereert zelfs minder dan gemiddeld verwijzen.

Misschien is de attitude, het verwachtingspatroon van de bevolking wel veel belangrijker bij zorggebruik, enerzijds door de invloed op de zorgvraag, anderzijds door de invloed op de uitkomst van de consultatie. Wat dat betreft verschilt de plattelandsbevolking van de stadsbevolking (Kruidenier, 1977). Zo beschouwd zou de structuurfactor zijn terug te voeren tot een bevolkingsfactor.

Samenwerkingsvorm, structurele drukte en praktijkorganisatie

De samenwerkingsvorm (solopraktijk of groepspraktijk/ gezondheidscentrum) speelt een rol bij zorggebruik. Gezondheidscentra verwijzen minder dan solopraktijken (Post en Vennix, 1992).

Onduidelijk blijft waarom precies: andere praktijkbevolking? (Dessens en Jansen, 1988), andere attitude en gedrag van de huisartsen? (Verhaak (1984), verschil in achtergrondkenmerken met solopraktijken? (Geurts e.a., 1988).

Structurele drukte speelt een rol bij zorggebruik in het algemeen en verwijzen in het bijzonder (Bergsma, 1980; Bensing en Verhaak, 1981; Post, 1985; Van der Ree e.a., 1992; Engelsman en Geertsma, 1994). De

drukke in de praktijk wordt vooral bepaald door het aantal herhaalcontacten en is sterk afhankelijk van het terugbestelgedrag van de huisarts (Post, 1985; Groenewegen en Hutten, 1994).

Een efficiënte *praktijkorganisatie* levert tijdwinst voor de huisarts, een betere praktijkvoering en kwaliteitsverbetering van de zorg op. Belangrijke punten zijn:

- Delegeren aan de assistente. Voorwaarden onder andere motivatie en voldoende praktijkruimte (De Haan, 1986). Delegeren gaat beter bij eigen behandelkamer en bij (samenwerking in) groepspraktijken en gezondheidscentra (Nijland e.a., 1991, 2; Van den Hombergh e.a., 1997).
- Het efficiënt en verantwoord afhandelen van aanvragen voor herhaalreceptuur door de assistente. (Dijkers, 1992; Van der Ree e.a., 1993).
- Meer gebruik maken van de telefoon (Starreveld, 1983; 1987; Sietsma, 1987)

De conclusie kan zijn dat een goede samenwerking, beperkte drukte in de praktijk en een efficiënte praktijkorganisatie de kans op een kwalitatief goede huisartsenzorg en (daarmee) de kans op terughoudendheid wat betreft verwijzen naar de specialist verhogen.

Deze factoren zijn echter geen gegeven op zich. Zij worden mijns inziens sterk bepaald door de attitude en de opvattingen van de huisarts.

Attitude van de huisarts, attitude van de patiënt

Uit de bestudering van de literatuur is duidelijk geworden dat vele factoren van de kant van de huisarts invloed hebben op zorggebruik in het algemeen en op verwijzen naar de specialist in het bijzonder. Veel factoren beïnvloeden bovendien elkaar.

Heel in het algemeen is de *werkwijze/ de aanpak van de huisarts* van groot belang (Sluijs en Dopheide, 1985). Deze is mede het resultaat van

- werkstijl (Mokkink, 1986)
- democratische, informerende houding (Kooiker en Mootz, 1996)
- kennis/ kunde/ nascholing (Post en Vennix, 1992)
- zelf doen van therapeutische handelingen (o.a. Sluijs en Dopheide, 1985; Boots en Van Zutphen, 1981; Beek e.a., 1984)
- beleid bij alledaagse klachten en aandoeningen (Van Eijk, 1989)
- taakopvatting met betrekking tot controle van chronische ziekten (Peters en Wijkel, 1998)
- taakafbakening (Kruidenier 1977; Kersten en Dopheide, 1984; Post en Gubbels, 1986)
- samenwerkingsvorm (Post en Vennix, 1992).

De werkwijze wordt in hoge mate bepaald door de wijze waarop de huisarts *omgaat met onzekerheid*.

Onzekerheid is 'besmettelijk'. Wantrouwen, verzet, druk van de patiënt maken de arts onzeker waardoor hij meer verwijst (De Melker 1975; Kruidenier, 1977). Onzekere dokters maken de patiënt onzeker - somatische fixatie (Grol e.a., 1985) -, bestellen meer terug, waardoor de patiënt extra onzeker wordt (Post en Vennix, 1992; Van der Ree e.a., 1992), en verwijzen vaker op eigen initiatief. Dit leidt meestal tot minder vertrouwen van de patiënt in de huisarts en tot druk om te worden verwezen (Engelsman en Geertsma, 1994). Waarmee de cirkel rond is.

Artsen in gezondheidscentra nemen meer risico, raadplegen later de specialist, luisteren meer naar de mening van de patiënt (Verhaak, 1984).

Sleutelfactoren voor de uitkomst van het consult lijken te zijn: enerzijds zelfvertrouwen/ omgaan met onzekerheid en risico/ competentiegevoel bij de huisarts, anderzijds vertrouwen van de patiënt in de huisarts. Daartussen bevinden zich ervaringen met deze patiënt en ervaringen (eigen en die van anderen)

met deze huisarts. Patiënt en arts beïnvloeden elkaar op deze punten sterk. Het dynamische resultaat is de arts-patiënt relatie.

Beleid, takenpakket en taakuitoefening

De literatuur geeft mij aanleiding tot de volgende bespiegeling.

Huisartsgeneeskundig beleid

De meeste klachten of aandoeningen kunnen theoretisch op een aantal manieren door een aantal hulpverleners worden aangepakt. Uit deze mogelijkheden betreft elke individuele huisarts, bewust of onbewust, *voor elke soort klacht of aandoening zijn beleid*. Binnen dit beleid zijn er altijd diverse opties, variërend van maximale eigen inzet bij de behandeling binnen de eigen praktijksetting tot verwijzing naar eerste lijns hulpverlener of medisch specialist.

Die *beleidsopties* worden bepaald door basiskennis, medische vaardigheden, werkstijl en ervaring van de huisarts en door de behandel faciliteiten in de praktijk.

De wijze waarop de huisarts omgaat met ervaringen met het verloop van de klacht of aandoening is waarschijnlijk bepalend voor de maximale inzet. Het verloop wordt in de praktijk het beste geleerd. Het is de kracht van de huisarts dat hij betrokken blijft bij of op zijn minst op de hoogte blijft van de problematiek van de patiënt, zodat hij kan leren van het verloop van de kwaal (medische ervaring), maar ook van de manier waarop hijzelf, deze patiënt en (eventueel) andere hulpverleners in de eerste lijn of specialisten met deze kwaal omgaan. De factor 'ervaring' impliceert dat het beleid continu wordt bijgesteld. Ofwel, het actuele beleid is het resultaat van een dynamisch proces.

Behandelfaciliteiten worden bepaald door structurele kenmerken van de praktijk. Praktijkorganisatie, drukte en samenwerking zijn waarschijnlijk de belangrijkste factoren. Daarnaast heeft de locatie van de praktijk, vooral de afstand tot zorgvoorzieningen in de tweede lijn, een bepaalde invloed.

De factoren werkstijl, omgaan met ervaringen, praktijkorganisatie, drukte en samenwerking worden sterk beïnvloed door de attitude, de opvattingen, het karakter van de huisarts. Bij de factor beschikbaarheid van zorgvoorzieningen gaat het mogelijk vooral om het verwachtingspatroon van de bevolking.

Invloed op de beleidskeuzen

Impliciet heeft de huisarts zich per soort klacht of aandoening wat betreft de behandeling de volgende *vragen* te stellen: vind ik dit iets voor de huisarts, wil ik het zelf doen, kan ik het zelf doen, voel ik mij zeker en prettig als ik het zelf doe, ben ik (is mijn praktijk) er klaar voor als ik het zelf doe, ben ik (is mijn praktijk) er klaar voor als ik het niet zelf doe? (want dan moet er wat anders mee en misschien kan dat bij goede organisatie op het 'laagst mogelijke niveau' en met het laagst mogelijke profiel gebeuren).

Welke beleidsoptie door de huisarts in een concreet geval wordt gekozen, hangt af van de *situatie van het moment*.

De (medische) *ernst* van de klacht of aandoening is erg belangrijk.

De *presentatie* en de *verwachtingen* van de patiënt hebben invloed. Deze zullen sterk afhangen van het *vertrouwen* dat de patiënt in deze huisarts heeft. Daarbij zullen (meestal eigen) ervaringen met de kennis, kunde en uitstraling van deze huisarts een grote rol spelen. De patiënt heeft zichzelf impliciet de volgende *vragen* gesteld: wat denk ik dat er moet gebeuren, wat wil ik dat er gebeurt, kan de huisarts het, kan deze huisarts het, vertrouw ik het deze huisarts toe, voel ik mij prettig daarbij? Ook tijdnood kan een factor zijn (de patiënt 'moet' op vakantie).

Tenslotte speelt de mate van *beschikbaarheid van de hulpverlening* een belangrijke rol. De huisarts kan zelf ziek of onwel zijn, het kan druk zijn door onvoorziene situaties, bepaalde instrumenten zijn tijdelijk niet beschikbaar, tijdnood voor de huisarts (vrijdagmiddag, net voor de vakantie), etc.

Uitkomst van de consultatie (taakuitoefening)

Als in het beleid zijn behandeling naar eigen inschatting een belangrijke plaats inneemt, rekent de huisarts de behandeling van die klacht of aandoening tot zijn *takenpakket*. Maar het begrip ‘takenpakket’ wordt ook gebruikt door beleidsmakers om aan te geven wat de huisarts tot zijn taak zou moeten rekenen, bijvoorbeeld het Basistakenpakket van de Landelijke Huisartsen Vereniging. Het gaat dan vooral om de intentie om bepaalde problematiek zoveel mogelijk zelf te behandelen.

Wat van het beleid terecht komt, wordt wel de *taakuitoefening* genoemd. Deze is relevanter dan het takenpakket en is bovendien goed meetbaar in de vorm van het zorggebruik.

Op het traject tussen takenpakket (de woorden) en taakuitoefening (de daden) wordt het beleid uitgevoerd. Dit beleid laat zich leiden door diverse factoren, maar door de ervaring met die factoren laat het zich ook bijsturen.

In figuur 2-4 is dit eerste deel van de beschouwing grotendeels verwerkt.

Kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen

De kwaliteit van het huisartsgeneeskundig handelen kan worden beoordeeld aan de hand van het begrip doelmatigheid, zoals dat is gedefinieerd door Engelsman en Geertsma (1994). Het gaat dus om een ‘geneeskundige’ afweging van baten en kosten van de behandeling.

Veel verwijzingen worden door onafhankelijke deskundigen, maar ook door de betrokken huisartsen en specialisten zelf, als ondoelmatig beoordeeld; de huisarts had het best zelf kunnen doen, de specialist kon niets bijdragen of het probleem had door telefonische consultatie kunnen worden opgelost (Engelsman en Geertsma, 1994; Grundmeijer e.a., 1996). Hieruit kan de conclusie worden getrokken dat een relatief laag verwijscijfer wijst op doelmatig huisartsgeneeskundig handelen.

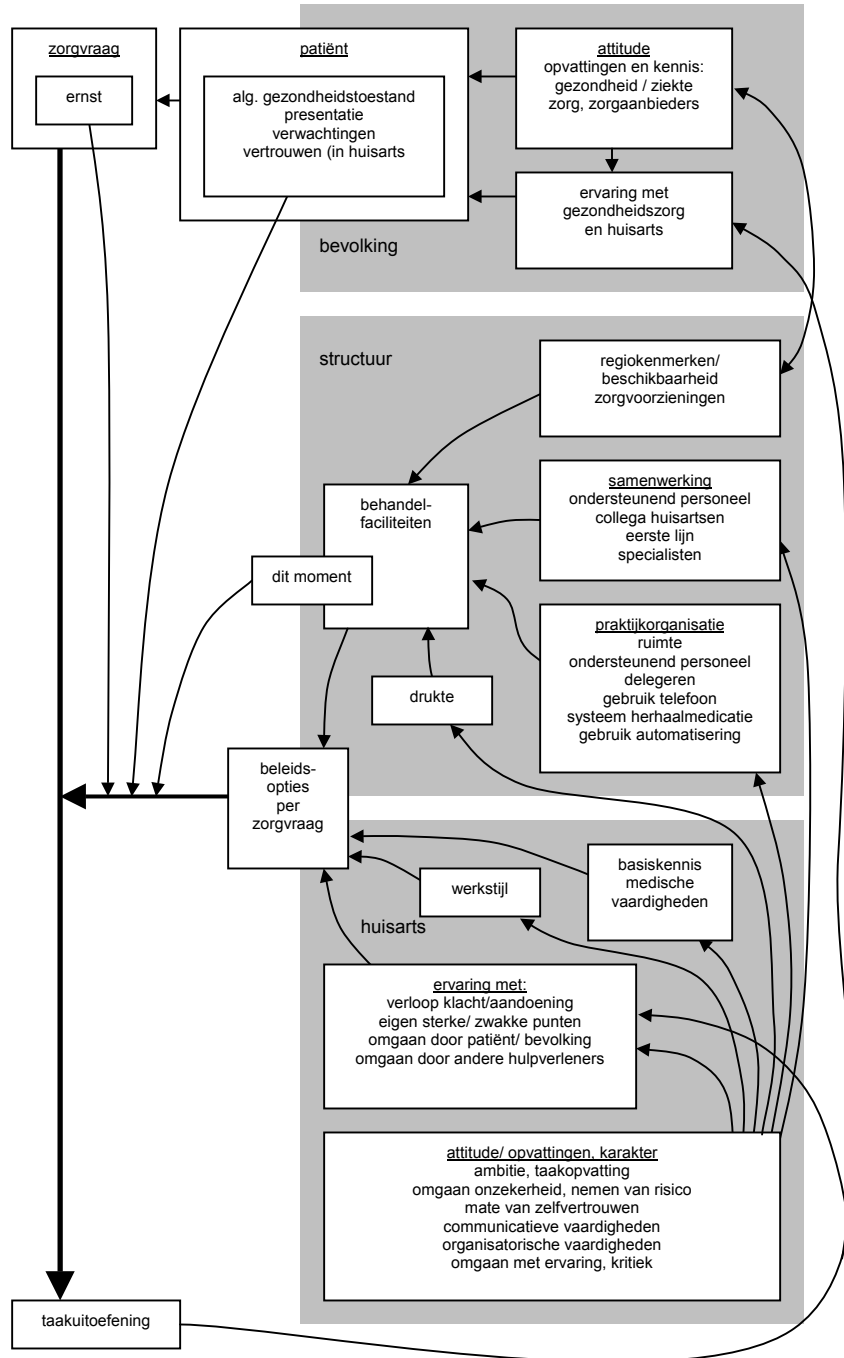
Hoe kan het overige huisartsgeneeskundig handelen worden beoordeeld?

Uit de literatuur, vooral de NHG-standaarden, kan een *indruk* worden verkregen welke verrichtingen, welke vormen van behandeling de voorkeur verdienen en welke beter nagelaten kunnen worden bij bepaalde groepen van klachten en aandoeningen. Welke ‘indicatoren van adequate zorg in de huisartspraktijk’ representatief zijn voor de kwaliteit van de zorg in 1991 (Urk) of eerder (referentiegegevens) is niet eenvoudig uit te maken. Bij het onderzoek van Hutten (1998) naar werkbelasting en verleende zorg in de huisartspraktijk kwam een commissie van huisartsen tot 33 indicatoren uit 12 NHG-standaarden in 1987-1988 (Nationale studie). Het gaat om de standaarden diabetes type 2, enkeldistorsie, urineweginfecties, acute otitis media, keelpijn, ziekte van de perifere arteriën, acne, hypertensie, migraine, cholesterol, astma kind, astma volwassene. Deze indicatoren bestrijken dus de huisartsenzorg bij een beperkt gedeelte van de totale zorgvraag.

Met gebruikmaking van bovengenoemde indruk en ‘common sense’ kan voor dit onderzoek een *globaal kwaliteitsconcept ‘doelmatig handelen’* worden geconstrueerd, aan de hand waarvan verschillen in taakuitoefening tussen de huisartsen op Urk en in de referentiepopulatie kunnen worden geduid.

Als de voorkeursaanpak vaak wordt gevolgd, zou het handelen van de huisarts *gericht* handelen kunnen worden genoemd. Als de na te laten behandeling vaak wordt nagelaten, zou dat als *terughoudend* handelen kunnen worden betiteld.

Figuur 2-4: Het beleid van de huisarts



Beide beoordelingen zijn dus positief geformuleerd: hoe hoger de mate van gericht behandelen enerzijds en van terughoudend handelen anderzijds, des te *doelmatiger* de taakuitoefening. Bij doelmatig handelen worden richtlijnen zoveel mogelijk gevolgd. Daarbij wordt gericht gebruik gemaakt van bepaalde vormen van onderzoek en behandeling en wordt terughoudend gebruik gemaakt van andere vormen. Als richtlijnen ontbreken, kan in het algemeen als doelmatig handelen worden betiteld: behandelen met gesprek en terughoudend zijn met het aanvragen van externe diagnostiek, terugbestellen, behandelen met medicatie, verwijzen naar de fysiotherapeut en verwijzen naar de specialist.

Als terughoudendheid wordt betracht bij het verwijzen naar de specialist, zal een andere behandeling moeten worden uitgevoerd (*substitutie*); het hangt dan van de richtlijn af of de betreffende behandeling doelmatig is.

Bij *behandelen met medicatie* kan de kanttekening worden gemaakt dat het vaak voorschrijven van ‘specifieke medicatie’ (Mokkink, 1986) als ‘minder doelmatig’ wordt beschouwd. Het gaat hier vooral om pijnstillers en antibiotica.

Ook de verrichting ‘*terugbestellen*’ behoeft enige uitleg. In het algemeen lijkt terughoudendheid betrachten als het gaat om terugbestellen een goede zaak. De structurele drukte in de praktijk blijft beperkt en dat houdt weer verband met een laag verwijscijfer (Van der Ree, 1992). Maar de doelmatigheid bij terugbestellen is afhankelijk van de zorgvraag (bijvoorbeeld niet vaak terugbestellen bij klachten, wel bij chronische ziekten voor controle) en van de taakuitoefening (bijvoorbeeld minder verwijzen zal misschien meer herhaalcontacten nodig maken). Om de kwaliteit van de verrichting ‘terugbestellen’ te kunnen beoordelen, moet dus de taakuitoefening op het niveau van de diagnose worden geanalyseerd. Verder moet de registratieperiode voldoende lang zijn, vooral voor chronische ziekten en psychische problematiek.

Het is de vraag of het nodig is om een oordeel te geven over de mate waarin een bepaalde taakuitoefening overeenkomt met of afwijkt van de richtlijn. Voor de beoordeling van de doelmatigheid van de taakuitoefening in dit onderzoek lijkt het voldoende om aan te geven of de taakuitoefening van de Urker huisartsen meer of minder in de richting van de richtlijn gaat dan de taakuitoefening van de huisartsen in de referentiepopulatie.

2.5 Conclusies voor het onderzoek

2.5.1 Opzet : meten en vergelijken

Bij het onderzoek op Urk is sprake van inventarisatie en van vergelijking met landelijke cijfers. Dit betekent dat gesproken kan worden van een toetsend beschrijvend onderzoek.

De ‘Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk’ heeft de gezondheidstoestand van de bevolking, de zorgvraag en het zorggebruik in een groot aantal praktijken in Nederland met beproefde meetinstrumenten in kaart gebracht zonder al te veel inbreuk te maken op de praktijkroutines. Tevens heeft men een groot aantal beïnvloedende factoren meegenomen in de studie.

Het heeft veel praktische voordelen het onderzoek op Urk op te zetten naar het voorbeeld van de Nationale studie. Daarbij is dan ook een grote referentiepopulatie gevonden, die weliswaar volgens sommige critici niet representatief is voor Nederland, maar die dat ideaal toch dichter lijkt te benaderen.

dan andere morbiditeitsstudies en registratieprojecten. Naast voordelen zijn er ook nadelen verbonden aan de opzet naar het voorbeeld van de Nationale studie, zoals de relatief korte contactregistratieperiode. Het is belangrijk om in ieder geval beïnvloedende factoren uit de Nationale studie, die bruikbare resultaten hebben opgeleverd, in het onderzoek mee te nemen. Anderzijds kan worden afgezien van variabelen die geen bruikbaar resultaat of juist problemen hebben opgeleverd, zeker als meting en registratie ervan een duidelijke belasting vormt. Het belangrijkste voorbeeld van dit laatste is het *lichamelijk onderzoek*. Tijdens de voorbereiding van de dataverzameling voor dit onderzoek werd duidelijk dat tijdens de Nationale studie bij vrijwel ieder contact een vorm van lichamenlijk onderzoek was geregistreerd en dat de interpretatie daarvan ook voor het Nivel nog moeizaam zou worden. Overwegende dat de Urker huisartsen op dit punt waarschijnlijk niet belangrijk zullen afwijken van de artsen in de Nationale studie, dat anamnese en lichamenlijk onderzoek eigenlijk bij elkaar horen (en de anamnese ook niet wordt geregistreerd), dat andere verrichtingen belangrijker zijn voor beantwoording van de vraagstelling en dat registratie veel extra werk zou opleveren, is besloten deze verrichting niet te registreren. Bij de opzet van het onderzoek en bij de vergelijking van de resultaten met landelijke cijfers moet rekening gehouden worden met het verschijnsel ‘diagnostische interdoktervariatie’.

2.5.2 Op te nemen variabelen

In deze paragraaf worden de in het onderzoek te betrekken factoren besproken.

Proces van het zorggebruik

De drie verschillende niveaus in het zorgproces worden gemeten op de volgende punten:

1. *gezondheidstoestand (door de patiënt gerapporteerd)*: inschatting eigen gezondheid, acute klachten, chronische aandoeningen, beperking dagelijks functioneren, geestelijke gezondheid, psychosociale problematiek, ziekteverzuim
2. *zorgvraag (door huisarts geregistreerd)*: reden van komst, diagnose/ werkhypothese
3. *zorggebruik*:
 - *door de patiënt gerapporteerd*: contacten met de huisarts, contacten met overige eerstelijnsvoorzieningen, contacten met de specialist, ziekenhuisopnamen, contacten met de geestelijke gezondheidszorg, contacten met alternatieve genezers, medicijngebruik
 - *door de huisarts (of de assistente) geregistreerd*: contacten met de huisarts (met de assistente), aanvullende diagnostiek in eigen praktijk, diagnostiek elders, overleg met een hulpverlener in de eerste lijn of met een specialist, behandeling ‘met gesprek’, medisch-technische behandeling, behandeling met medicatie, verwijzingen naar een eerstelijns hulpverlener, verwijzingen naar een specialist

Beïnvloedende factoren

Factoren die de gezondheidstoestand beïnvloeden

De gezondheidstoestand van de bevolking wordt door vele factoren beïnvloed, zoals erfelijke factoren, maatschappelijke en culturele factoren. Meer in het bijzonder valt te denken aan de aard van het werk (industriële activiteiten), arbeidsethos, leefwijze, religieuze achtergrond.

De zogenaamde *determinanten van gezondheid* geven een (zeer beperkte) indruk van de leefwijze. De enige die worden onderzocht zijn: *alcoholgebruik, roken, gewicht/ lengte verhouding*.

Factoren die de zorgvraag beïnvloeden

klacht/ ziektefactoren:

- *ervaren urgentiegraad:* hiervoor wordt alleen de diagnose benut

factoren van de patiënt:

- *sociaal demografische factoren:* leeftijd, geslacht
- *opvattingen en kennis over gezondheid en ziekte, zorg en zorgaanbieders :*

waardering voor de huisarts (ten aanzien van bereikbaarheid, informatief en communicatief optreden, verwijz- en voorschrijfgedrag), 'terugbestelgedrag' van de huisarts, gezondheidsspecifieke beheersingsoriëntatie (health locus of control), neiging hulp te zoeken bij alledaagse aandoeningen, (personen bij wie men hulp zoekt bij bepaalde psychosociale problematiek, omgaan met psychosociale problematiek¹).

Factoren die het zorggebruik beïnvloeden

klacht/ ziekte factoren:

- *de aard en (gepercipieerde) ernst van de zorgvraag:* hiervoor alleen de diagnose

structuurfactoren

- *beschikbaarheid van de zorgmiddelen:* urbanisatiegraad, afstand tot het ziekenhuis, regio in Nederland
- *praktijkfactoren :* organisatie van de praktijk (delegeren van taken aan de assistente, aanwezigheid van instrumenten, toepassing van medische technieken, gebruik maken van de telefoon, herhaalsysteem, afspraakspreekuur, faciliteiten), drukte in de praktijk, praktijkvorm/ samenwerkingsvorm

factoren van de patiënt:

- *sociaal demografische factoren:* leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm
- *persoonlijkheid, presentatie en verwachtingen:* (druk om verwezen te worden, ongerustheid, verwachtingen van de medische zorg): *beschouwend en indirect* via de gezondheidsspecifieke beheersingsoriëntatie (health locus of control) en de neiging hulp te zoeken bij alledaagse aandoeningen
- (zie bij zorgvraag)

factoren van de huisarts:

- *persoonlijkheid/ attitude en meningen (o.a. werkstijl)*
leeftijd van de huisarts en/ of aantal jaren ervaring, taakopvatting (m.b.t. diagnostiek, m.b.t. therapie, op somatisch vlak, op psychosociaal vlak), competentiegevoel (op somatisch vlak, op psychosociaal vlak), algemene taakopvatting, algemene taakuitoefening, invloed huisarts in de tweede lijn, locus of control, werkbeleving en satisfactie, omgaan met onzekerheid, nemen van risico's, zelf veel therapeutische handelingen verrichten, verloskundige zorgverlening in het takenpakket.
- *werkstijl :* reageren op alledaagse aandoeningen, arts-patiënt communicatie (*indirect* via vraag aan bevolking, zie bij zorgvraag), verwijsgedrag, aspectief voorschrijfgedrag (via rapport ZF-cijfers), terugbestelgedrag,

overige factoren

- *faciliteiten en vaardigheden :* toepassen medische technieken (zie bij praktijkfactoren)

¹ alleen op Urk

- *relatie huisarts-patiënt* : beschouwend

2.5.3 **Belangrijke klachten en aandoeningen**

De gezondheidstoestand wordt globaal in kaart gebracht, de zorgvraag en het zorggebruik gedetailleerd. Bij een deel van de aandoeningen is de uitkomst voorspelbaar: een appendicitis, een onderbeenfractuur of een hartinfarct leiden zeker tot zorgvraag en worden vrijwel zeker verwezen naar de specialist. De meeste chronische ziekten leiden vroeg of laat tot zorgvraag; de patiënt heeft hooguit enige invloed op het stadium waarin hij die zorg vraagt. Bepaalde problematiek, zoals ‘zwangerschapsproblematiek’ en de meeste trauma’s, leidt tot zorgvraag, maar of dat zonder meer en volledig bij de huisarts zal zijn is afhankelijk van het takenpakket.

Bij de meeste klachten en aandoeningen hebben factoren van de kant van de patiënt of van de kant van de huisarts of van de kant van de structuur duidelijk invloed op zorgvraag en zorggebruik. Naar aanleiding van literatuurgegevens, van bekende verwijzingsgegevens over de Urker ziekenfondsverzekerden en van (het gedachtengoed achter) de voorlopige vraagstellingen in hoofdstuk 1, zal geprobeerd worden de invloed van die factoren op zorgvraag en zorggebruik zichtbaar te maken. Daarom zullen de gegevens van de volgende klachten en aandoeningen met extra aandacht worden bekeken :

- *klachten* (vooral oogklachten, klachten van het bewegingsapparaat, klachten van de luchtwegen, hoofdpijn) : literatuur zorgvraag en zorggebruik
- *alledaagse aandoeningen* (hoofdpijn, nerveus gevoel, pijn in nek en schouders, griep, verkoudheid, keelpijn, hangerig en moe gevoel, misselijkheid en overgeven, maagklachten, diarree) : literatuur zorgvraag en zorggebruik
- *trauma’s* (oog, bewegingsapparaat, huid) : laag verwijzingscijfer oogheelkunde op Urk, ehbo en kleine chirurgie, veel medisch technisch behandelen, literatuur zorgvraag en zorggebruik
- *huidproblematiek* (bijvoorbeeld : wratten, atheroomcysten, ingegroeide nagels, goedaardige nieuwvormingen van de huid, acne vulgaris, huidinfecties, psoriasis, ulcus cruris, eczeem) : zeer laag verwijzingscijfer dermatologie op Urk, veel mogelijkheden voor medisch-technisch behandelen
- *psychische* (bijvoorbeeld : psychische klachten, depressie) en *sociale problematiek* : literatuur zorgvraag en zorggebruik
- *chronische ziekten* (bijvoorbeeld : ziekten slokdarm en maag, refractieafwijkingen, hart/ vaatziekten, astma/ copd, rugklachten, schouderklachten, tenniselleboog, overbelastingsklachten pols, diabetes mellitus) : literatuur zorgvraag en zorggebruik, lage verwijzingscijfers deelspecialismen interne geneeskunde op Urk, laag verwijzingscijfer oogheelkunde op Urk, diabeteszorg op Urk, veel medisch technisch zelf kunnen doen bij chronische aandoeningen van het bewegingsapparaat, literatuur zorgvraag en zorggebruik.
- *zwangerschap/ zwangerschapsproblematiek* : zeer hoog geboortecijfer op Urk, huisartsen volledig betrokken bij de verloskundige zorg, groot verschil met Nederland en grote invloed op de totaal cijfers van het zorggebruik op Urk

2.5.4 Vraagstellingen, opbouw van dit boek

Zorgproces en beïnvloedende factoren zullen in kaart worden gebracht volgens de methode van de Nationale studie. De opzet van het (veld)onderzoek komt in hoofdstuk 3 aan de orde. De voorlopige deelvragen in hoofdstuk 1 (paragraaf 1.1) kunnen nu worden vervangen door de definitieve deelvraagstellingen (verder vraagstellingen genoemd). De resultaten van het onderzoek worden in de hoofdstukken 4 t/m 10 per vraagstelling behandeld. Hoofdstuk 11 bevat de conclusies, de slotbeschouwing en de aanbevelingen. De vraagstellingen luiden als volgt.

Vraagstelling 1.

In hoeverre verschilt de Urker bevolking van de Nederlandse bevolking wat betreft: (zelfgerapporteerd) zorggebruik, (ervaren) gezondheidstoestand, determinanten van gezondheid, attitudes en meningen ten aanzien van gezondheid en gezondheidszorg?

Vraagstelling 2.

In hoeverre verschillen praktijken op Urk en in Nederland wat betreft zorgvraag?

Vraagstelling 3.

In hoeverre verschilt het zorggebruik in de praktijken op Urk en in Nederland wat betreft de frequentie van contacten en verrichtingen per 1000 patiënten?

Vraagstelling 4.

In hoeverre verschillen praktijken op Urk en in Nederland wat betreft het aantal verwijzingen naar de specialist per 1000 patiënten, op het niveau van de klacht of de aandoening?

In hoeverre draagt verschil in prevalentie van de zorgvraag bij aan het verschil in verwijscijfer (voor die zorgvraag)?

Vraagstelling 5.

In hoeverre verschillen praktijken op Urk en in Nederland wat betreft taakuitoefening per klacht of aandoening?

Vraagstelling 6

In hoeverre bestaat overeenkomst in zorggebruik tussen praktijken op Urk en praktijken in de Nationale studie die met Urk vergelijkbaar zijn wat betreft de factoren 'locatie van de praktijk' en 'samenwerking' (praktijkvorm)? In hoeverre wordt het zorggebruik op Urk bepaald door de beschikbaarheid van eerste-lijns verloskundige zorg? In hoeverre verschillen structurele drukte en praktijkorganisatie van de Urker praktijken van die van de Nationale studie?

Vraagstelling 7.

In hoeverre verschillen de Urker huisartsen van de Nederlandse huisartsen wat betreft attitudes en opvattingen, werkbeleving en satisfactie?